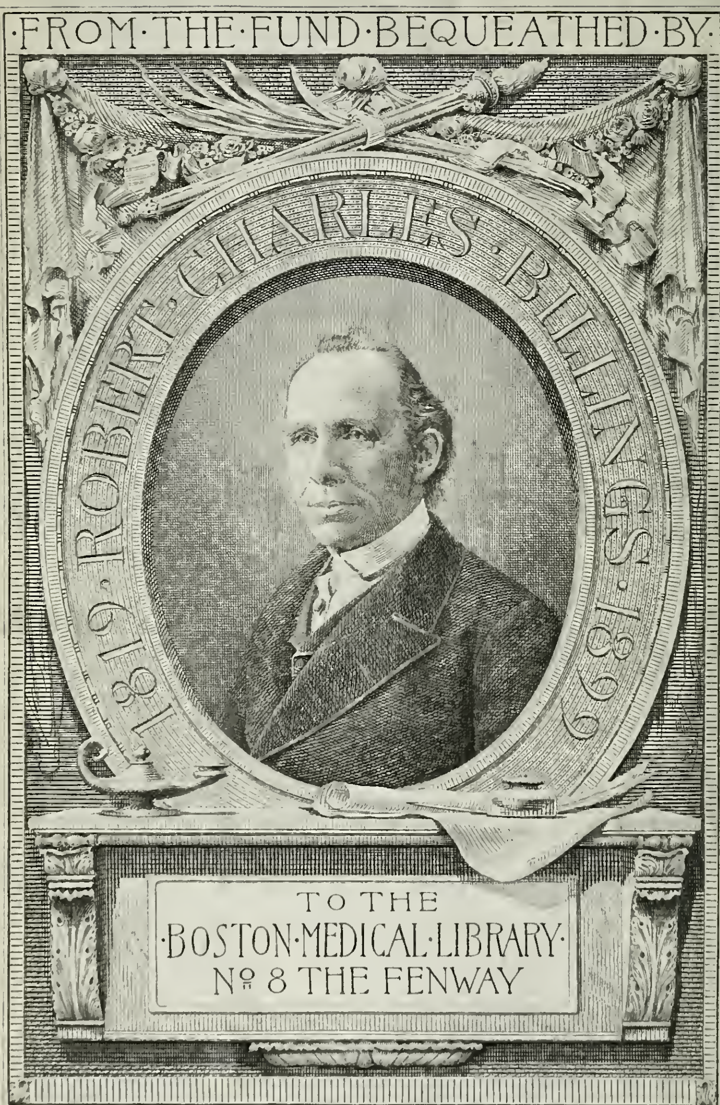
CH. FÉRÉ



Le Traitement des Aliénés dans les Familles




·FROM·THE·FUND·BEQUEATHED·BY·
1819·ROBERT·CHARLES·BILLINGS·1899
TO THE
·BOSTON·MEDICAL·LIBRARY·
Nº 8 THE FENWAY

F. B. Sanborn
Concord, Mass

From the author
Jany 2nd 1899.

37, Boulevard Saint-Michel

Cher monsieur

J'ai reçu votre livre et vos brochures auxquels je prends un vif intérêt, je m'empresse de vous en remercier.

M. de Varigny s'est chargé de vous envoyer le rapport que vous désirez. Je vous prie d'accepter mon livre

que je vous fais
adresser aujourd'hui
ce que j'ai écrit
sur la colonie des
Dunes n'y trouve
pas. Je vous enverrai
l'article s'il vous
intéresse. Je vous
serai reconnaissant
si vous voulez bien
en me écrivant
me fournir l'occasion
de m'instruire sur
cette question, en
particulier en ce

qui touche l'américain
L'article de Arthur
Mitchell et votre
brochure indiquent
une défaillance.

Croyez bien je vous
prie cher monsieur
à mes meilleurs
sentiments

Ch. Féré

20.12.98

LE TRAITEMENT DES ALIÉNÉS DANS LES FAMILLES

PRINCIPAUX OUVRAGES

DU MÊME AUTEUR

Sensation et Mouvement. Études de psycho-mécanique, 1 vol. in-18, de la *Bibliothèque de philosophie contemporaine*, 1887 . . . . 2 fr. 50

Dégénérescence et Criminalité. 1 vol. in-18 avec figures, de la *Bibliothèque de philosophie contemporaine*, 1888. . 2 fr. 50

Le Magnétisme animal. 4e édition, 1890. 1 vol. in-8 avec figures, de la *Bibliothèque scientifique internationale.* cartonné à l'anglaise. (En collaboration avec M. A. Binet.) . . . . 6 fr.

Les épilepsies et les épileptiques. 1 vol. gr. in-8 avec planches hors texte 1890. . . . . 20 fr.

La Pathologie des émotions (étude physiologique et clinique). 1 vol. in-8 . . . . 12 fr.

(Ces cinq ouvrages ont été édités chez Félix Alcan.)

Du cancer de la vessie. 1 vol. in-8, 1881.

Contribution à l'étude des troubles fonctionnels de la vision par lésions cérébrales. 1 vol. in-18, 1882.

Traité élémentaire d'anatomie médicale du système nerveux. 1 vol. in-8, 2e édition, revue, corrigée et considérablement augmentée, 1891.

De l'Aphasie et de ses diverses formes, par D. Bernard, 2e édition, avec une préface et des notes par Ch. Féré. 1 vol in-8, 1889.

La Famille névropathique (sous presse).

LE
TRAITEMENT DES ALIÉNÉS
DANS LES FAMILLES

PAR

CH. FÉRÉ
Médecin de Bicêtre

DEUXIÈME ÉDITION
Revue et augmentée

PARIS
ANCIENNE LIBRAIRIE GERMER BAILLIÈRE ET Cie
FÉLIX ALCAN, ÉDITEUR
108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 108

1893

PRÉFACE

Il est plus facile d'affirmer que de prouver que le nombre des aliénés, par rapport au chiffre de la population, a notablement augmenté dans ce siècle. La question est depuis longtemps posée (1) ; mais sa solution scientifique trouve un obstacle dans cette circonstance que l'assistance des aliénés étant faite plus largement, un moins grand nombre de cas restent ignorés. Une autre circonstance, qui s'ajoute à la première, réside dans l'amélioration considérable des conditions hygiéniques des asiles, d'où résulte une augmentation du nombre des aliénés incurables, dont la vie se trouve prolongée. Il convient de remarquer pourtant que quelques statistiques relatives à des faits récents permettent de supposer que le nombre des névropathes augmente au moins dans les

(1) Burrows : *An Inquiry into certain errors relative to insanity*, 1820.

grands centres. C'est ainsi que la population de Chicago, qui de 1852 à 1868 s'est accrue dans la proportion de 1 à 5,1, a vu sa mortalité absolue s'accroître seulement de 3,7 fois, tandis que la mortalité relative due aux maladies nerveuses a augmenté de 22 fois (1).

Mais un fait incontestable, c'est que le nombre des aliénés assistés a augmenté dans une proportion telle que leur entretien devient une charge excessive pour les contribuables et que, dans plusieurs pays déjà, on a dû se préoccuper des moyens propres à diminuer ces charges.

L'économie dans la construction des asiles et une meilleure organisation du travail des malades valides ne sauraient trop être encouragées dans ce but. Mais ces moyens ne sont pas les seuls. L'assistance familiale a déjà fait ses preuves dans plusieurs pays. Après avoir étudié sur place son fonctionnement, j'ai cru utile de répandre la connaissance des conditions dans lesquelles ce mode d'assistance peut s'appliquer (2).

Sous le nom d'assistance familiale des aliénés,

(1). Weir Mitchell, *Wear and Tear*, 4e édition, 1887.

(2) *Le patronage familial des aliénés* (*Revue scientifique*, 3 nov. 1877). — *L'assistance des aliénés dans les maisons privées en Écosse*. (*Ibid.* 1er décembre 1888).

on comprend deux groupes de faits : tantôt le malade est secouru dans sa propre famille comme c'est quelquefois le cas dans le système écossais, tantôt et plus souvent il est secouru dans une famille étrangère. M. Bourneville préconise l'assistance dans la propre famille du malade : d'après lui, ce mode d'assistance est plus économique, il est plus familial ; « il est plus républicain puisque le malade ne serait pas éloigné de son pays, de sa famille, de ses amis, et que nos principes veulent que le malheureux soit assisté à domicile s'il y a lieu, et, dans le cas contraire, le plus près possible de son domicile » (1) ; mais ces avantages sont moins évidents lorsqu'il s'agit d'aliénés que dans le cas de malades ordinaires, et l'application du systême ne peut être qu'exceptionnelle.

La question du patronage familial des aliénés n'a fait en France aucun pas depuis la discussion dont elle fut l'objet à la Société médico-psychologique en 1862. On peut dire que jusqu'au Congrès d'Assistance publique de 1889 la plupart des aliénistes français ont conservé l'opinion qui fut émise alors que la colonie de Gheel était inimitable et que d'ailleurs la supériorité du système des asiles fermés était tellement évidente qu'il n'y a pas lieu de

(1) *Archives de neurologie*, 1892, T. XXIV, p. 301.

tenter un essai dans cette direction. Cette opinion, contre laquelle j'ai cherché à réagir depuis 1887, a encore des partisans (1). Cependant en 1884 une colonie du même genre s'est établie en Belgique ; elle s'est rapidement développée et donne actuellement asile à plus de trois cents malades. La colonie de Lierneux est située dans un pays de langue française, au milieu d'une population qui offre de nombreuses analogies avec celle de notre pays. Il y a donc quelques raisons de croire que ce qui a été accepté par une population wallonne pourrait être accepté dans quelque village français.

Le patronage familial belge constitué par de grandes agglomérations d'aliénés, non choisis puisqu'ils peuvent entrer directement à la colonie, prête à une objection : c'est qu'il ne peut guère s'appliquer que dans un pays agricole, isolé de chemins de fer et des canaux, conditions qui peuvent être difficiles à réaliser dans un pays populeux et industriel. Mais l'assistance des aliénés dans les maisons privées se présente sous une autre forme en Ecosse, où les aliénés, choisis dans les asiles, sont disséminés dans des villages éloignés les uns des autres, chez des nourriciers qui

(1) *Annales de psychiatrie et d'hypnologie*, de Luys, 1892, T. II, p. 145.

n'ont d'autres liens administratifs que des inspecteurs communs. Ce système, adopté en Australie (1), et recommandé en Irlande (2) me paraît encore plus particulièrement applicable à notre pays. La crise agricole et industrielle actuelle paraît en favoriser la mise en pratique, en rendant disponibles un grand nombre de locaux et en nécessitant la recherche de nouvelles ressources.

Les tentatives de Billod n'ont pas mis en lumière le zèle de l'administration pour le succès d'une entreprise de ce genre. Il est à craindre qu'on ne puisse guère attendre mieux aujourd'hui.

On ne peut guère espérer que l'assistance des aliénés pauvres se développe par la seule initiative privée : puisque ceux qui pourraient donner assistance à cette catégorie de malades, moyennant subvention, sont eux-mêmes pauvres, et par conséquent sont peu en mesure de prendre cette initiative.

Jusque dans ces dernières années, le système de l'assistance familiale des aliénés indépendants des asiles a été combattu en France avec les arguments dont se servait M. Falret en 1860. J'ai été

(1) Beattie Smith, *The system of caring for the insane in private dwellings* (*The australian med. journ.* 1881, p. 177.

(2) Ch. Féré, *Les aliénés en Irlande* (*Revue scientifique*, 1891, T. II, p. 722).

le premier et le seul pendant plusieurs années à la défendre. Ce n'est qu'en 1891 que le Conseil général de la Seine a commencé une enquête qui a abouti à l'adoption, dans la séance du 12 juillet 1892, des conclusions du rapport de M. Deschamps invitant l'administration à établir à Dun-sur-Auron (Cher) une première colonie de 100 déments séniles inoffensifs (1). Il fait remarquer qu'il ne s'agit pas en réalité de la fondation d'une colonie d'aliénés puisqu'on doit n'y mettre que des déments séniles, c'est-à-dire des malades qui devraient n'avoir aucun rapport avec les établissements destinés aux aliénés, circonstance qui aurait pu inspirer l'économie d'un médecin aliéniste attaché à la nouvelle institution. Cependant telle qu'elle est faite, l'expérience pourra être instructive à notre point de vue.

Mais l'assistance familiale des aliénés ne s'applique pas seulement aux aliénés pauvres. A Gheel, les soins aux aliénés aisés constituent une industrie productive. Or cette assistance des malades aisés paraît capable de servir à entraîner par l'exemple l'assistance des aliénés pauvres. M. Hakin, secrétaire receveur de la colonie de Lierneux, n'a

(1) *Bulletin municipal officiel* du 3 juillet 1892, p. 1716.

pas hésité à utiliser ce procédé d'encouragement, et le succès l'a récompensé de son initiative. On doit lui attribuer une bonne part du succès de la nouvelle colonie wallonne.

Cet exemple m'a conduit à espérer qu'en vulgarisant quelques notions élémentaires sur l'assistance et le traitement des aliénés dans les familles, on stimulerait l'initiative des personnes qui peuvent désirer tirer avantage de cette industrie, ou de celles qui, soucieuses de l'utilité publique, peuvent s'intéresser au développement de ce mode d'assistance.

Quelques notions générales relatives aux soins qui conviennent aux aliénés suffiront pour montrer avec quelles précautions le traitement privé des aliénés doit être entrepris, quelles responsabilités assument ceux qui le dirigent, quelle lourde charge pèse sur ceux qui acceptent la surveillance continue de ces malades. Une revue même rapide de ces soins multiples nécessités par le traitement des aliénés dans les maisons privées, et des conditions matérielles souvent dispendieuses qu'il comporte, mettront en évidence le caractère exceptionnel de ce traitement et feront comprendre l'importance, au point de vue de l'assistance, de la distinction entre les aliénés curables et difficiles à ménager et les aliénés incurables et inoffensifs.

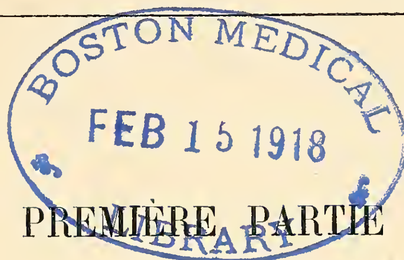
C'est pour ces derniers seulement que nous préconisons le traitement de famille.

Ces brèves considérations d'hygiène spéciale ne seront d'ailleurs peut-être pas inutiles au personnel des asiles ; car les soins spéciaux à donner aux aliénés ne trouvent que peu de place dans les ouvrages destinés au personnel des hôpitaux ordinaire.

Le titre de ce livre est la formule d'une question de pratique qu'il est difficile de traiter sans descendre du point de vue scientifique; je ne me flatte pas d'avoir réussi à surmonter l'écueil, mais je ne l'ai pas craint, car mon but pratique était l'amélioration du sort de quelques malades, l'économie publique et le bénéfice scientifique qui résulterait d'une meilleure adaptation des asiles d'aliénés et de leur transformation en hôpitaux mieux appropriés au traitement et à l'étude.

Mai 1893.

TRAITEMENT DES ALIÉNÉS
DANS LES FAMILLES



PREMIÈRE PARTIE

L'assistance des aliénés dans les familles

CHAPITRE Ier

L'ISOLEMENT DANS LES ASILES

La cause qui domine le développement des affections mentales, la cause des causes, est la dégénérescence organique héréditaire, congénitale ou acquise, permanente ou momentanée, et qui se traduit par une susceptibilité spéciale du système nerveux. Cette susceptibilité n'entre en jeu que sous l'influence de causes extérieures plus ou moins faciles à saisir, mais inhérentes au milieu dans lequel vit l'individu prédisposé. Ces influences extérieures altèrent le milieu intérieur en modifiant non seulement les fonctions psy-

chiques, mais l'universalité des fonctions organiques, dont dépend l'intégrité des phénomènes intellectuels. Les altérations organiques liées aux troubles mentaux affectent en général un caractère dépressif; elles ne peuvent être modifiées; le milieu intérieur ne peut être restitué à son état normal, qu'à la condition expresse que la cause extérieure ait cessé d'agir.

Aussi l'agent le plus puissant du traitement des maladies mentales consiste-t-il dans l'isolement, mesure physiologiquement logique, en ce sens que son premier effet est de supprimer les influences au milieu desquelles la maladie a pris naissance; il a pour but de soustraire le malade à la continuité de l'action de la cause déterminante. Il ne suffit pas que l'émotion, peut-être accidentelle, qui a précédé l'explosion des accidents, ait disparu, pour que le malade puisse être considéré comme à l'abri de son influence pathogène. Précisément en raison de la nature dégénérative et souvent héréditaire de son affection, l'aliéné n'est point en général dans sa famille une exception formelle; il n'est point

rare que ceux qui l'entourent souffrent de son mal à un certain degré ; le névropathe vit fréquemment dans une atmosphère de nervosité, à l'influence de laquelle il faut le soustraire.

L'isolement est donc un remède puissant; mais ce remède, qui serait difficilement accepté par un individu sain d'esprit, soulève souvent de violentes protestations de la part du malade, et il doit être imposé dans la majorité des cas.

C'est à cette circonstance qu'est due la confusion que l'on fait souvent entre l'isolement et la séquestration.

Qu'est-ce donc que l'isolement? « Il consiste, dit Esquirol, à soustraire l'aliéné à toutes ses habitudes, en l'éloignant des lieux qu'il habite, le séparant de sa famille, de ses amis, de ses serviteurs, l'entourant d'étrangers, changeant toute sa manière de vivre » (1); « à changer radicalement le milieu dans lequel vit le malade, en l'éloignant complètement de son entourage habi-

(1) Esquirol, *Traité des maladies mentales*, t. II, p. 313.

tuel, et provoquant chez lui des impressions toutes nouvelles (1). » L'isolement ainsi compris peut nécessiter la séquestration, lorsque le malade oppose un refus formel, ou manifeste des tendances telles qu'elles constituent un danger pour lui-même ou pour les autres ; mais il n'y a pas identité entre les deux choses : l'isolement est une mesure d'hygiène intellectuelle et morale, qu'il appartient au médecin de prescrire ; la séquestration est une mesure d'ordre public, et en même temps une atteinte à la liberté individuelle ; elle ne peut être ordonnée que par la justice, qui doit pourvoir à la sécurité du malade et de ses biens. En raison de la nécessité qui s'impose, dans la plupart des cas, de la protection légale de l'aliéné et de ses intérêts, l'isolement doit être toujours soumis au contrôle judiciaire.

Dans la pratique, l'isolement et la séquestration se confondent le plus souvent, parce que la plupart des aliénés sont traités dans des établissements fermés, dans lesquels ils sont maintenus

(1) Griesinger, *Traité des malades mentales*, éd. franç., 1865, p. 521.

sous une surveillance permanente, soumis à une discipline généralement uniforme. La séquestration pour elle-même s'est vu attribuer un rôle excessif dans le traitement des maladies mentales.

Lasègue jugeait cette tendance en disant plaisamment que « le fonctionnaire le plus important d'un asile d'aliénés, c'est le portier ». Quand on a vu les asiles d'Ecosse où les murs font quelquefois complètement défaut et sont remplacés par des clôtures à peine suffisantes pour retenir le bétail, on peut penser que si « les murs de l'asile sont déjà à eux seuls, comme disait M. Calmeil, un puissant remède contre la folie », ce remède n'est pas indispensable.

Les agglomérations d'aliénés, telles qu'elles existent dans les asiles, peu favorables d'ailleurs au traitement individuel d'affections très diverses, altèrent singulièrement la valeur de la mesure hygiénique dont ils ont été l'objet : on peut dire, avec M. Batty Tuke, que si un certain nombre de malades guérissent à cause d'elle, et un certain

nombre malgré elle, c'est à elle qu'il faut attribuer la démence d'un certain nombre d'autres (1). On les a séquestrés pour les faire jouir des avantages de l'isolement ; ils sont bien isolés de leur milieu, mais ils sont confinés dans un milieu morbide. Dans un grand nombre de cas, ce milieu nouveau, si morbide soit-il, est favorable à l'évolution de la maladie mentale. On voit souvent l'excitation la plus bruyante se calmer dès l'entrée du malade dans l'asile ; et il ne faut pas croire que la contagion des idées délirantes soit fréquente. Cependant un bon nombre d'aliénés, et en particulier ceux qui sont atteints des formes dépressives, ceux qui ont conservé la plus grande partie de leurs facultés et de leur conscience, souffrent du contact des autres malades, et sont vivement affectés par la discipline commune et par la perte absolue de leur liberté ; et on peut dire qu'à un certain nombre d'entre eux au moins la séquestration fait perdre le bénéfice de l'isolement.

(1) *Lunatics as patients, not prisoners* (*Nineteenth century*, april 1889, p. 603).

Le travail est indispensable à la plupart des aliénés. « Faites en sorte, disait Leuret (1), qu'un aliéné soit si bien occupé qu'il ne puisse pas songer à ce qui fait l'objet de son délire ; que le reste du temps soit donné au sommeil, et la guérison ne se fera pas longtemps attendre. »

L'organisation du travail manuel dans quelques asiles, en occupant dans les ateliers des groupes de malades, sert de dérivatif au regret obsédant de la liberté, atténue la mauvaise impression du voisinage ; mais elle ne supplée pas au manque de plein air.

La création des fermes-asiles, qui permet d'employer un certain nombre de malades aux travaux agricoles, ne les met à l'abri ni du contact, ni de la discipline commune.

D'ailleurs, le travail manuel des ateliers et des fermes ne convient guère aux malades adonnés à certaines professions spéciales, aux professions libérales, et qui sont confinés dans l'inaction, dans les asiles spéciaux, sous une surveillance

(1) Leuret, *Du traitement moral de la folie*, 1840, p. 181.

plus ou moins bien dirigée, mais qui ne se laisse pas oublier.

Quant au second desideratum formulé par Leuret, la sécurité du sommeil, elle n'est guère assurée dans l'asile. La réunion des agités dans des salles spéciales est loin de constituer un remède suffisant : les malades qui y sont confinés passent souvent une partie de la nuit à troubler le sommeil des autres et pendant le reste ils sont tenus éveillés par leurs voisins. Or le repos, sur lequel Guislain insistait déjà, dont Hilton (1) et Weir Mitchell ont montré la nécessité dans toutes les affections, est tout particulièrement indispensable à la guérison des psychoses dont l'étiologie est pour ainsi dire dominée par la fatigue et l'insomnie.

La réforme du régime des aliénés qui s'est opérée à la fin du siècle dernier, a eu surtout pour but de constituer pour ces malades, alors en butte aux mauvais traitements et à la moquerie publique, des *asiles*, où on se préoccupa surtout de leur

(1) Hilton, *Rest and Pain*. 4e éd., London, 1887.

sécurité et des soins hygiéniques qui leur convenaient. Les philanthropes qui ont suivi la voie tracée par Pinel, par W. Tuke, par Daquin, par Chiarugi, ont surtout cherché à multiplier le nombre des assistés et à améliorer les conditions de l'assistance. Ces améliorations successives sont même arrivées dans ces dernières années à un véritable luxe ; les aliénés trouvent dans certains asiles un confortable disproportionné à leur situation intérieure et à celle qu'ils retrouveront à leur sortie. Ce luxe des asiles en est venu à tel point dans certains pays, qu'on peut se demander si les philanthropes qui ont présidé à leur installation, aux frais des contribuables bien entendu, ne se sont pas plus préoccupés de l'éventualité de leur propre séquestration que du bien-être des pauvres diables qui n'y peuvent rien comprendre. Si les établissements destinés à recevoir les aliénés prennent souvent l'aspect de palais, ils n'en méritent pas moins de conserver le nom d'*asiles*, car on a fait bien peu de chose pour les transformer en *hôpitaux*, c'est-à-dire en établissements destinés au traitement et non simple-

ment à la protection. Le peu de soin que l'on a pris du développement scientifique des asiles et du personnel qui leur est attaché peut rendre compte du peu de progrès faits par la médecine mentale à notre époque, comparativement à ceux de la médecine générale et de la chirurgie. La tendance qui s'accentue, de charger les médecins des attributions administratives, ne me paraît pas présager de prochains et rapides progrès (1).

(1) Ce système appliqué en Angleterre motive des observations fort justes de M. B. Tuke. (*Nineteenth Century;* April 1889.)

CHAPITRE II

L'ISOLEMENT HORS DES ASILES

Malgré ses inconvénients, le traitement des aliénés dans l'asile est généralement considéré comme le seul rationnel et le seul utile en pratique.

Cependant l'expérience démontre qu'un certain nombre de malades traités isolément chez des particuliers peuvent guérir. Il était donc naturel que les adversaires de la séquestration élevassent la voix pour la combattre, non seulement au point de vue du principe de l'inviolabilité de la liberté individuelle, mais même en se plaçant purement et simplement au point de vue de l'utilité du malade. Nous assistons actuellement à un débordement de plaintes sur ce thème qui, pour la plupart d'ailleurs, n'ont pour elles que l'apparence de la raison. Les rares séquestrations illégales que l'on peut citer se sont produites

plutôt dans la famille que dans les asiles publics ou privés (1).

Quoi qu'il en soit, il est intéressant de rechercher s'il est possible de pratiquer l'isolement forcé sans avoir recours à la séquestration, c'est-à-dire si on peut donner au malade le profit de la mesure en le soustrayant à ses inconvénients.

Le seul moyen de pratiquer l'isolement en dehors de la maison de santé consiste à placer le malade dans une famille étrangère qui a charge de le surveiller, tout en continuant à vivre de sa vie normale, c'est-à-dire en donnant au malade le moins de temps possible, tout en se garantissant des accidents qui pourraient résulter du défaut de surveillance, et dont elle a assumé la responsabilité. L'aliéné se trouve alors dans un milieu où la surveillance est réduite au minimum indispensable et où l'aspect de l'exercice des fonctions normales de la société l'invite à y prendre part ou au moins le distrait de ses préoccupations morbides.

(1) V. Parant, *De la séquestration des aliénés dans leur famillle.* (*Ann. Méd. psych.*, 1884, t. XI, p. 390.)

Ce traitement de famille n'est plus aujourd'hui un fait exceptionnel. Il est pratiqué sur une grande échelle en Écosse (1) ou dans certaines localités qui ont eu à souffrir de la crise industrielle; les locaux primitivement appropriés pour le tissage au métier ont été mis à la disposition des malades, dont les frais d'entretien sont venus combler en partie le déficit produit par la cessation du travail. En Angleterre, il existe, au voisinage d'un certain nombre d'asiles fermés, des colonies où les malades sont soignés en général dans des familles de cultivateurs, dont ils partagent le régime et les travaux (2). En Belgique, enfin, il existe depuis plusieurs siècles un village dont la plupart des habitants se sont transformés en nourriciers, en infirmiers spéciaux pour les aliénés qui vivent

(1) Dans son discours d'ouverture de la section de psychiatrie du congrès de Londres, M. Robertson a fait connaître que 14,7 pour 100 des aliénés sont traités en Ecosse dans les familles ; il pense qu'un tiers des aliénés renfermés dans les asiles pourrait profiter de ce mode d'assistance.

(2) Ce système préconisé en Russie, par M. Bajénoff n'a pas encore été adopté par l'administration. (*Bull. de la Soc. de Méd. mentale de Belgique*, 1889, p. 124.)

au milieu d'eux dans un état de liberté aussi complet que peut le comporter leur état.

Il faut remarquer que ces différentes formes d'assistance à domicile s'exercent sous le contrôle légal. On le comprend sans peine pour les colonies allemandes qui sont annexées à un asile auquel le malade est resté attaché. En Angleterre et en Écosse, les aliénés traités chez les étrangers dans des maisons particulières ou dans des cottages sont soumis à l'inspection des Commissionnaires in Lunacy. En Belgique, la plupart des aliénés traités dans la colonie sont protégés par la loi de 1850, qui est en somme une reproduction de la loi française de 1838, actuellement sous le coup d'une révision. Le projet de loi déjà voté par le Sénat, admet que tous les aliénés traités à domicile, non seulement chez des étrangers, mais même dans leur propre famille, doivent être soumis à la surveillance légale, et avec juste raison, car c'est dans les familles que la séquestration arbitraire est le plus souvent pratiquée.

Le traitement familial est donc aujourd'hui une méthode assez répandue sous différentes formes,

et il est aussi susceptible des garanties légales relatives à la sauvegarde de la liberté et des intérêts matériels que le traitement dans les asiles fermés.

Il a trouvé des partisans nombreux non seulement en raison des avantages encore discutés qu'il présente pour le malade, mais aussi pour une autre raison sociale. La dégénérescence psychique sous toutes ses formes paraît offrir une recrudescence inquiétante à tous égards ; le nombre des aliénés pauvres augmente dans des proportions effrayantes, et l'assistance de ces malades est devenue un problème économique important ; les asiles fermés ne peuvent plus contenir tous ceux qui auraient besoin de leur secours. Or la construction d'asiles nouveaux nécessite des frais énormes : dans certains établissements, chaque lit mis à la disposition d'un malade a déjà entraîné une dépense de 2,500 à 3,000 francs, et même plus. On comprend que dans ces conditions le traitement familial, qui évite les déboursés préalables, présente un grand avantage économique. Il n'est donc pas sans intérêt de le considérer sous ses

différentes formes et de rechercher dans quelles conditions et dans quelle mesure il est applicable.

Notre but, dans ce court exposé, n'est pas de présenter une étude complète de la question, mais de provoquer les méditations des administrateurs et des philanthropes.

Actuellement l'assistance familiale des aliénés se présente en pratique sous trois formes : 1° la colonie, annexée à un asile ; 2° la colonie libre ; 3° l'isolement individuel.

CHAPITRE III

COLONIES ANNEXÉES AUX ASILES

Les colonies annexées aux asiles d'aliénés existent en Allemagne depuis plusieurs années. On peut citer en particulier celle d'Atscherbitz dans la province de Saxe prussienne, où deux cents malades sont traités dans des maisons isolées, au voisinage d'un asile qui en contient cent cinquante ; celle de Slup, annexée à l'asile de Prague ; celle d'Ellen, annexée à l'asile de Brême. Plusieurs autres établissements désignés aussi sous le nom de colonies se rapprochent plus encore des fermes asiles, c'est-à-dire du système de Clermont (1).

(1) Pendant qu'il était dirigé par une administration privée, l'asile de Clermont a été un bel exemple de l'économie que l'on peut réaliser par une bonne organisation du travail ; il est vrai que l'on a quelquefois eu à reprocher à cette administration plus que du surmenage « It must be known to you, that the brothers Labitte of Clermont (Oise), in France,

Parmi les colonies où les malades jouissent du système familial proprement dit, il faut signaler particulièrement celle qui a été fondée à Ilten, au voisinage de Hanovre, par le Dr Wahrendorff. On peut dire d'ailleurs que le patronage familial n'y est pratiqué qu'à petites doses. Les malades ne sont placés dans les familles qui veulent les recevoir, qu'au nombre de deux pour chaque maison, et ils sont soigneusement choisis après une longue observation dans l'asile. Les malades atteints de psychoses récentes sont exclus ; il en est de même de ceux qui sont dans un état tel qu'ils exigent des soins continuels, idiots, déments, paralytiques généraux, ou font redouter des dangers, soit pour eux-mêmes, soit pour leur entourage. Le pays est bien cultivé, il y a peu de pauvres, et on a soin de choisir les nourriciers dans les familles qui sont le plus à leur aise. La plupart des aliénés placés dans ces conditions ont subi une influence bienfaisante du régime familial qui leur assure

situated twenty miles of Paris, have become millionnaires in less than ten years by a colonization for the insane » (Mundy : *Jour. of mental sc.*, t. VIII, 1862, p. 330).

une plus grande liberté et les encourage plus efficacement au travail. Le système d'Ilten consiste essentiellement dans l'extension de la surveillance de l'établissement, dans lequel les malades peuvent être réintégrés à la moindre alerte, le médecin ayant toujours l'œil sur eux. Ils peuvent en outre y recevoir les soins spéciaux que réclame leur état (médicaments, bains, etc.). Ce mode de traitement est peu coûteux, l'entretien de chaque malade revenant, à Ilten, à 337 fr. 50 par an, sans aucuns frais d'installation ; à Ellen, cet entretien revient de 10 à 37 francs par mois suivant le cas.

CHAPITRE IV

COLONIES AUTONOMES. — PATRONAGE FAMILIAL. — SYSTÈME BELGE

La colonie libre, c'est-à-dire le système familial proprement dit, est un des plus anciens modes d'assistance des aliénés. Il existe en Belgique, peut-être depuis le VIIe siècle. La légende de sainte Dymphne faisait amener à Gheel, depuis un temps immémorial, des aliénés, dans l'attente d'une guérison merveilleuse. Arrivés à Gheel, les aliénés étaient logés dans une dépendance de l'église, Ziekenkamer, chambre des malades, assistant aux cérémonies religieuses qui devaient les délivrer grâce à l'intercession de la vierge martyre. Lorsque les malades n'avaient pas recouvré leur raison après leur première neuvaine, on les laissait souvent chez les habitants pour attendre la prochaine fête patronale.

Cette coutume paraît être l'origine du mode d'assistance familiale qui s'est continué à Gheel depuis plusieurs siècles, en subissant quelques modifications depuis qu'elle est soumise au contrôle administratif.

Nous ne ferons que rappeler très sommairement l'organisation de Gheel, bien connue de tous ceux qui s'intéressent à la question de l'assistance des aliénés (1).

Gheel est une ville de 5,000 habitants, située dans la Campine, dans l'ancien département français des Deux-Nèthes. Elle comprend dans son territoire rural vingt-deux hameaux dont six paroisses augmentent sa population de près de 6,000 habitants. La commune qui s'étend sur une superficie de plus de 10,000 hectares, est une des plus grandes de la Belgique. Il n'y existe aucune industrie. Si de tout temps on y a traité des aliénés, qui, soit dit en passant, y étaient considérés comme des malades, bien avant la réforme de

(1) Peeters, *Gheel et le patronage familial;* les Bruxel, in-8° 1883.

Pinel, leur nombre a considérablement augmenté dans le dernier demi-siècle; en 1840, il y avait 717 malades, au 1er janvier 1883, il y en avait 1,663. Ce nombre qui a encore grossi depuis, peut faire juger de l'importance de l'institution.

Le système de Gheel diffère du système d'Ilten, en ce sens que le traitement familial en a été primitivement la base, puisqu'il y a vingt-cinq ans il n'y avait rien à Gheel qui pût être comparé à un asile; depuis, on a construit, sur le type de l'asile Guislain de Gand, une infirmerie qui ne joue qu'un rôle accessoire, et ne contient jamais plus de cinquante malades. Cette infirmerie est destinée actuellement à recevoir : 1° les malades qui arrivent et qui y sont mis en observation pendant cinq jours avant d'être placés dans les familles; 2° ceux qui sont internés par mesure sanitaire, c'est-à-dire qui sont atteints d'affections intercurrentes graves pour lesquelles ils ne pourraient recevoir de soins chez les nourriciers, ou ceux qui refusent de manger; 3° ceux qui sont internés par mesure d'ordre, s'étant rendus coupables d'insubordination, d'excès alcooliques, etc.

Les aliénés traités à Gheel doivent être divisés en deux groupes : les *pensionnaires* qui sont reçus chez des *hôtes,* et les *indigents* qui sont reçus chez des *nourriciers*. Les hôtes et les nourriciers ne peuvent recevoir que deux malades du même sexe.

Parmi les indigents, on distingue trois catégories : *propre, demi-gâteux, gâteux*. Les malades de la première catégorie coûtent 84 centimes par jour (0,09 pour le service médical, 0,01 pour les médecins, 0,58 pour le régime alimentaire, 0,10 pour l'habillement, 0,02 pour le coucher, 0,01 pour la surveillance, 0,03 pour frais d'administration), sur lesquels 60 centimes seulement reviennent au nourricier. Ceux de la deuxième catégorie coûtent 94 centimes dont 70 pour le nourricier. Ceux de la troisième, 99 centimes dont 75 pour le nourricier. Ce prix peut être considéré comme le minimum réalisable, car à l'asile de Gand, où le travail est fort bien organisé (au 31 décembre 1881, 321 malades sur 489 travaillaient), le prix de journée est de 96 centimes.

Le nourricier doit fournir une chambre qui ait

au moins $2^{m},50$ de haut sur 2 mètres de large et 3 mètres de long; dimensions suffisantes en tenant compte de cette circonstance que les aliénés n'y séjournent en général que pendant la nuit. Celles que j'ai visitées sont en général plus grandes, bien éclairées et aérées, blanchies à la chaux aussi souvent que la propreté l'exige. Il fournit encore la nourriture qui doit être prise en commun avec la famille, c'est-à-dire qu'elle n'est ni plus ni moins mauvaise que celle du nourricier ; on peut lui reprocher d'être trop végétale, cependant il faut reconnaître que les malades ont généralement fort bon aspect. Le nourricier veille en outre à la propreté et à la sécurité de l'aliéné, dont il est responsable. Les vêtements sont fournis par l'administration et composés des mêmes étoffes; mais comme les malades qui travaillent peuvent s'en procurer d'autres, et comme le mode de confection n'est pas uniforme, il en résulte que les malades ne sont guère reconnaissables à un examen superficiel, dans les rues où ils se mêlent à la vie commune. Dans la rue comme dans la maison, l'aliéné jouit de sa liberté pleine et entière, tant

qu'il ne cause ni scandale ni désordre ; les gestes désordonnés de quelques-uns ne provoquent aucun attroupement, les enfants habitués à ce spectacle passent sans même se retourner. Les aliénés se mêlent aux travaux de la maison, aux soins du ménage, aident à la garde des enfants que les parents leur abandonnent sans la moindre défiance. Si minime que soit la valeur des services que rendent les malades dans les familles, ils sont appréciés en ce sens qu'ils mettent en liberté les bras plus valides des nourriciers. Il faut remarquer d'ailleurs que le travail des malades n'est nullement forcé ; le nourricier a avantage à les encourager au travail, et les malades ont intérêt à y prendre part pour améliorer leur sort ; mais ils ne sont nullement liés à leur nourricier : quelques-uns exercent une petite industrie de leur création, d'autres vont travailler moyennant salaire chez d'autres habitants du village. En général, cependant, le malade reste dans la maison et finit par se lier d'affection avec ses nourriciers, surtout avec les enfants qui jouent un rôle important dans l'acclimatement et dans le traitement

moral : on cite quelques malades qui ont fini par se confondre, même après leur guérison, avec la famille qui les avait reçus. On comprend que ce mode d'isolement au milieu de personnes sensées soit plus favorable que l'isolement au milieu d'autres fous, parmi lesquels il ne se développe jamais aucun sentiment d'affection. En outre, le travail pour lequel le malade reçoit des invitations si diverses, et auquel il finit presque toujours par prendre part, est du plus heureux effet au point de vue de la discipline; la plupart des accidents et la plupart des évasions (9/10) se font le dimanche, parce que les malades ne sont pas occupés; et aussi, il faut le reconnaître, parce que dans la plupart des familles ils sont moins associés aux plaisirs des jours de fêtes qu'aux travaux de la semaine.

Les malades gâteux, confinés au lit ou non, que j'ai eu occasion de voir m'ont paru proprement tenus et dans de bonnes conditions d'hygiène; s'ils sont privés du luxe des bâtiments qu'ils auraient pu trouver dans quelques palais hospitaliers, ils échappent à l'encombrement et à ses dangers.

Les mauvais traitements, de la part des nourriciers, sont exceptionnels ; il n'y a pas lieu d'en être surpris ; non seulement la population débonnaire de Gheel est habituée depuis longtemps à l'assistance des aliénés, mais la surveillance y est permanente. En dehors de l'administration, elle s'exerce par les aliénés, par les nourriciers, qui ne sont pas à l'abri de la jalousie, par les habitants non nourriciers qui ne sont intéressés qu'au bon ordre, par les étrangers.

L'administration, d'ailleurs, a largement pourvu à la surveillance officielle, qui est exercée depuis 1882 : 1° par la *Commission supérieure*, composée du gouverneur de la province, président, du procureur du roi de l'arrondissement, du juge de paix du canton, du bourgmestre de la commune, d'un médecin désigné par le gouvernement. Elle s'occupe de toutes les questions d'administration ; mais, en pratique, sa surveillance se borne à l'infirmerie ; 2° un *Comité permanent d'inspection et de surveillance*, composé de cinq membres nommés par le ministère de la justice et ayant le bourgmestre pour président, chargé de veiller au bon

état et aux intérêts des aliénés, de recevoir et de payer les frais d'entretien et des pensions, de surveiller les hôtes et les nourriciers et de faire exécuter les lois, arrêts, etc. Les infirmiers-gardes de section doivent circuler tout le jour dans leur section, visiter les chambres, s'assurer, aussi bien de nuit que de jour, que les aliénés sont traités et soignés conformément aux règlements.

Les *pensionnaires*, dont le prix de pension peut aller jusqu'à 5,000 ou 6,000 francs, déterminé d'ailleurs suivant l'accord intervenu entre l'hôte et la famille, sont soumis à la surveillance médicale et administrative, et ils payent à l'administration, pour ce service, un peu plus de 11 °/₀ du montant de la pension. Ces pensionnaires, dont le nombre dépasse actuellement cent cinquante, paraissent jouir du plus grand confortable dans les meilleures maisons, et semblent satisfaits de leur sort. Nous en avons vu partir en promenade avec les familles de leurs nourriciers, dont ils semblaient faire partie. Ceux qui ont rendu compte de leur visite à Gheel ont souvent glissé sur un détail qui ne manque pas d'intérêt, c'est que,

parmi les pensionnaires, il se trouve un certain nombre d'étrangers, des Français, dont la présence semble indiquer qu'une institution du même genre pourrait être bien accueillie ailleurs qu'en Belgique.

A Gheel, le patronage familial des aliénés est devenu une industrie locale. Presque tous les habitants, sauf les plus riches, se chargent de malades et en prendraient volontiers plus de deux si le règlement le permettait. Les propriétaires ayant intérêt à ce que leurs locataires soient en mesure d'avoir des pensionnaires qui garantissent le loyer, la plupart des nouvelles maisons sont disposées de manière à contenir deux chambres pour des pensionnaires. Il existe toujours un grand nombre de chambres disponibles, de sorte qu'il se produit une véritable concurrence, qui permet à l'administration de changer les malades de nourricier dès qu'un abus se produit.

Si on considérait Gheel non comme un *établissement de traitement*, mais comme un *établissement de refuge*, on pourrait presque dire que tout y est pour le mieux; chaque malade pouvant y être

placé dans des conditions aussi analogues que possible à celles dans lesquelles il vivait antérieurement. Il est certain que dans bon nombre d'établissements publics, les aliénés indigents jouissent d'une meilleure aération, d'une plus grande propreté, d'une meilleure alimentation, d'un certain luxe même ; mais l'assistance ne doit pas consister à placer le malade dans des conditions meilleures que celles qu'il avait à l'état de santé. La société a rempli son devoir quand elle lui a créé une existence qui s'éloigne le moins possible de celle qu'il menait avant que la maladie l'eût frappé, si elle y a ajouté les conditions hygiéniques les plus avantageuses. C'est ce qui paraît exister pour les aliénés indigents de Gheel.

Si on considère l'institution comme un établissement de traitement, elle est moins parfaite ; ses partisans les plus dévoués reconnaissent qu'il y a de grands perfectionnements à apporter à cet égard.

Le service médical de l'infirmerie, où réside le médecin inspecteur, ne laisse rien à désirer ; mais il n'en est pas de même de la surveillance médicale

des aliénés placés dans les familles. En raison de l'éloignement considérable des villages, les visites ne peuvent être que très éloignées, et les nourriciers ne peuvent pas toujours être éclairés suffisamment sur les soins à donner aux malades curables, qui sont un peu trop livrés à eux-mêmes; les malades traités à Gheel sont mieux partagés à cet égard que ceux des hameaux. On a particulièrement relevé les inconvénients au hameau des Bruyères de Winkelom, où sont placés les plus agités; des améliorations ont déjà été apportées à l'état ancien.

Une récente publication de M. Peeters, médecin inspecteur de la colonie de Gheel, nous montre que son fonctionnement s'améliore principalement au point de vue du service médical, qui est devenu plus régulier et plus efficace depuis que les médecins (deux médecins principaux et deux médecins adjoints) sont astreints à s'occuper exclusivement des malades de la colonie (1).

Il est d'ailleurs difficile d'apprécier la valeur

(1) Peeters, *la Situation actuelle du patronage familial des aliénés (Soc. de méd. mentale de Belgique*, 1888).

thérapeutique du système de Gheel. Le docteur Bulkens et M. Peeters ont introduit dans leurs statistiques un élément de doute, en confondant les améliorations et les guérisons. La même confusion existant dans les statistiques des asiles belges, on peut comparer les chiffres ; mais il faut tenir compte de la différence qui existe entre les malades. Les rapports du gouvernement donnent comme chiffre des guérisons et améliorations pour la période de 1853 à 1870: à Gheel, 24 °/₀ ; à l'hospice Guislain de Gand (hommes), 38 °/₀; à l'hospice des femmes aliénées de Gand, 43 °/₀.

La statistique de Gheel se présente défavorablement pour plusieurs raisons. La plus grande partie de ces malades viennent d'asiles fermés et sont incurables. Un article du règlement interdit d'y conserver des aliénés suicides, homicides, incendiaires ; or ces manifestations se rencontrent plus souvent dans les formes aiguës que dans les formes chroniques. Les alcooliques, qui guérissent souvent de leurs accès, sont placés de préférence dans les asiles voisins des villes. Enfin les malades des villes sont placés dans les asiles,

plutôt que les paysans, clients ordinaires de Gheel, que leurs familles conservent plus longtemps ou que les communes négligent de placer, en diminuant leurs chances de guérison.

S'il est vrai qu'un individu séquestré partout ailleurs comme dangereux peut vivre en liberté à Gheel, où les tendances inhérentes à son délire tiennent sans cesse en éveil le nourricier prévenu, les moyens de coercition n'y sont cependant pas inconnus. Outre le séjour à l'infirmerie par mesure d'ordre, on dispose contre l'agitation de la ceinture avec gants, des entraves, de la camisole (1).

D'une manière générale, Gheel produit une impression favorable ; on est frappé du bon aspect des malades, de l'affabilité des nourriciers, qui paraissent très fiers de montrer leurs pensionnaires florissant de santé et propres ; il semble que ces gens soient nés gardiens d'aliénés.

Les médecins qui ont visité Gheel en ont rap-

(1) Les moyens de contention ne peuvent être complètement proscrits que lorsque le personnel est suffisant pour rendre la lutte impossible.

porté des impressions très différentes; les avis les plus défavorables ont surtout été exprimés par ceux qui ont visité la colonie par le mauvais temps (1). Les aliénés vaguant sous la pluie, ou assis dans la boue, présentent en effet un aspect peu satisfaisant qui s'efface lorsque le ciel s'est éclairci et que le sol s'est séché; mais l'inconvénient d'une surveillance insuffisante ou impossible n'en existe pas moins.

La commission du Sénat, qui a visité Gheel, se tient à distance entre l'enthousiasme et le dénigrement (2), et elle conclut: « Nous avons reconnu les avantages de Gheel sans nous faire illusion sur la possibilité d'une imitation de Gheel dans nos départements (3) ».

Ce jugement réservé n'était d'ailleurs que la reproduction de l'opinion exprimée par la plupart

(1) Tucker, *Lunacy in many lands*; Sydney, 1887, p. 745.

(2) Notes et documents concernant la législation française et les législations étrangères sur les aliénés. *(Annexe au rapport de M. Roussel*, p. 697, 1884.)

(3) *Rapport fait au nom de la commission chargée d'examiner le projet de loi portant revision de la loi du* 30 *juin* 1838 *sur les aliénés*, p. 35, 1884.

des spécialistes qui ont visité Gheel. Même en Belgique, l'avis général était que Gheel ne pouvait pas être imité, qu'il fallait des siècles pour créer une institution semblable.

Une circonstance particulière a permis de mettre cette opinion à l'épreuve.

La colonie de Gheel présentait pour l'administration belge un inconvénient sérieux : elle est située en plein pays flamand ; sauf dans la ville, on ne parle pas le français, et les habitudes autant que la langue diffèrent de celles des habitants du pays wallon, et M. Oudart, inspecteur-général des asiles d'aliénés du royaume, constate lui-même (1) qu'il y a peu de sympathie entre les Flamands et les Wallons, de sorte que les aliénés du Hainaut, de Liège, de Namur, du Luxembourg et d'une partie du Brabant se trouvent complètement dépaysés à Gheel. Or, au commencement de 1884, la colonie de Gheel renfermait près de cinq cents aliénés wallons « réellement en exil dans leur propre pays » ;

(1) *Des colonies d'aliénés ;* Gand, 1884.

Cette circonstance, jointe à l'encombrement des asiles, imposait la création d'une colonie dans le pays wallon. Voici comment M. Oudart avait compris la possibilité de cette fondation :

« Il ne suffirait pas aujourd'hui de faire appel soit au sentiment religieux, soit au sentiment d'humanité, pour arriver à implanter le système de Gheel dans une localité quelconque. C'est à un autre mobile que l'on doit avoir recours pour réussir.

« Il faut démontrer aux populations les avantages financiers d'une pareille entreprise, et il est surtout nécessaire de les prémunir contre la crainte que l'on éprouve généralement de se trouver en contact avec des aliénés. A cet effet, il importe de procéder d'abord avec beaucoup de circonspection, quant à l'admission des malades ; on ne doit au début n'admettre que trois ou quatre aliénés *tranquilles*, choisis de préférence parmi les travailleurs.

« Non seulement les habitants chez qui ils sont placés profitent de leur travail, mais ils sont, en outre, remboursés intégralement des frais de leur entretien.

« Ces avantages sont bientôt appréciés et la plupart des autres habitants ne tardent pas à solliciter spontanément la faveur d'obtenir la garde d'un aliéné.

« Quant à l'objection relative à *la contagion*, il suffit pour la combattre de citer les chiffres suivants : le recensement des aliénés, au 30 juin 1878, accuse l'existence de 17 aliénés pour la commune de Gheel, dont la population est de 10,502 habitants, tandis que la commune de Braine-Lalleud, qui n'a que 6,617 habitants, en a un nombre égal.

« Il importe de tenir rigoureusement la main à ce que, dans le principe, on n'y reçoive aucun aliéné qui n'ait passé préalablement par un asile. On ne doit pas perdre de vue que la création d'une colonie de cette espèce constitue pour les nourriciers et pour la commune même où elle est établie une source de grand bien-être. On en jugera par ce fait que le compte de la colonie de Gheel, pour l'exercice 1883, accuse une recette d'au delà de 700,000 francs. »

La commune de Lierneux où a été établie la

nouvelle colonie est située dans la province de Liège, dans les Ardennes belges, à une trentaine de kilomètres au sud de Spa. Elle comprend un territoire presque aussi étendu que celui de Gheel, divisé en dix-neuf hameaux. Il n'y a non plus aucune industrie : la population d'ailleurs y est peu dense, elle n'est guère que de 2,500 habitants. Cette commune présentait donc de grands avantages au point de vue de l'isolement, d'autant qu'elle n'est traversée par aucune ligne de chemin de fer. La population y est assez pauvre et pouvait désirer profiter de la fondation ; cependant l'arrivée des premiers aliénés souleva de vives protestations.

La colonie a été inaugurée le 19 avril 1884, par l'envoi de 2 hommes et de 2 femmes détachés de la colonie de Gheel, et classés parmi les plus tranquilles et les travailleurs. Peu à peu les habitants se sont familiarisés avec les aliénés, ont cessé de les redouter, et se sont rendu compte des avantages qu'ils pouvaient retirer de la fondation de cette colonie ; les demandes de pensionnaires se sont bientôt multipliées, et la colonie, qui était

d'abord considérée comme une succursale de Gheel, a reçu la consécration légale par un arrêté royal du 11 février 1885. Elle est régie suivant un règlement analogue à celui de Gheel. Au 31 décembre 1885, la colonie de Lierneux comptait 109 aliénés, 63 hommes et 46 femmes. Au 31 décembre 1886, 152 aliénés, 90 hommes et 62 femmes; pendant l'année 1886, 8 pensionnaires aisés y ont été admis. Le compte rendu officiel des établissements d'aliénés de la Belgique pour 1886 nous donne les renseignements suivants sur cette colonie :

« Organisée d'après le régime familial et libre, l'institution présente des ressources variées pour fournir aux malades des occupations utiles à eux-mêmes comme à leurs nourriciers : deux d'entre eux sont forgerons ; un autre ébéniste ; trente-neuf travaillent aux champs ; cinquante-sept vaquent aux soins du ménage.

« Parmi eux, trente-cinq rendent des services si réguliers que leurs nourriciers ne reçoivent, à titre de prix de journée d'entretien, que 90 centimes au lieu d'un franc. — Deux malades ont fréquenté l'école, etc.

« La députation permanente et le comité permanent d'instruction et de surveillance ne peuvent que se féliciter des progrès de la nouvelle colonie. Depuis à peine deux ans que celle-ci existe, elle a reçu deux cent vingt-sept malades et aucun accident n'a été à déplorer.

« Les nourriciers sont fiers de leurs malades; ils se font un plaisir de les associer à leurs travaux, et même ils s'imposent des sacrifices pécuniaires pour leur procurer les outils nécessaires à l'exercice de leur métier.

« Durant l'année 1886, huit aliénés sont sortis complètement guéris et l'un d'entre eux, un jeune homme, est revenu dans la localité pour travailler à la construction de la nouvelle infirmerie.

« Cent cinquante chambres au moins sont encore disponibles chez divers habitants de Lierneux. Cette situation indique suffisamment que l'œuvre a acquis toutes les sympathies de la population locale et qu'elle est entrée dans toute sa vitalité ».

La colonie de Lierneux continue à se développer : pendant l'année 1887, quatrième de son existence, le nombre des malades s'est élevé de 152 à 181.

Cette prospérité montre clairement que, malgré la nouveauté de l'institution, on n'éprouve dans le pays aucune difficulté à trouver des maisons hospitalières pour recueillir les aliénés.

Cependant l'état des lieux ne paraissait guère favorable ; le pays est pauvre, les habitations mal construites,peu confortables ; il a fallu improviser des chambres qui manquent souvent de la capacité nécessaire, mais sont en général propres. Les nourriciers paraissent remplis de bonne volonté, mais manquent encore de l'expérience de ceux de Gheel, et ils semblent moins sûrs d'eux. Au point de vue administratif, tout se passe comme à Gheel ; il faut noter pourtant qu'il n'existe aucune marque distinctive pour les aliénés, dont les vêtements, achetés dans le pays, sont aussi divers que ceux des habitants ; ceux seulement qui ont des tendances à l'évasion sont chaussés de sabots (chaussures inusitées dans le pays) marqués C. L. Le prix d'entretien est un peu plus élevé qu'à Gheel : le nourricier reçoit 90 centimes par jour pour les malades qui travaillent, et 1 franc pour ceux qui ne travaillent pas.

Jusqu'à présent les malades envoyés à Lierneux ont été choisis parmi les chroniques. Depuis la fondation de la colonie, une mauvaise maison du village a servi d'infirmerie; c'est là que restent les malades pendant les cinq jours qui précèdent leur placement; l'installation en est peu confortable, mais elle prouve au moins que l'on peut tenter la fondation d'une colonie sans aucuns frais préalables.

On construit à Lierneux une infirmerie sur le type de celle de Gheel, qui pourra contenir près de soixante malades, et sera destinée aux aliénés séquestrés par mesure d'ordre, aux admissions et aux maladies intercurrentes.

Malgré un certain nombre d'imperfections, la colonie de Lierneux peut être considérée comme définitivement établie ; il paraît démontrer qu'il ne faut pas des siècles pour faire un Gheel. Il suffit peut-être, pour réussir l'expérience, qu'il se rencontre un homme dont l'intérêt coïncide avec l'intérêt général et soit amené à pousser l'affaire comme sienne.

On ne peut pas dire que le régime colonial soit

appelé à remplacer les asiles, mais il peut s'appliquer à des cas bien déterminés et constituer une ressource importante tant au point de vue économique qu'au point de vue thérapeutique. Il nous a semblé que le patronage familial pouvait surtout rendre des services en tant qu'établissement de refuge pour les aliénés incurables ou n'exigeant que des soins hygiéniques. Parmi les malades qui pourraient bénéficier de ce régime on peut ranger un bon nombre d'épileptiques qui n'ont que de rares accès, sans troubles mentaux graves, et qui ne recourent à l'hospitalisation que parce que ces rares accès les font chasser des ateliers (1); en leur procurant des patrons qui ne craignent pas la vue

(1) On a proposé (*Charity Organisation Review*, 1885), de créer pour les épileptiques des hôpitaux-ateliers où les travailleurs pourraient être l'objet d'une surveillance spéciale. — La colonie de Bethel, fondée en 1867 à Bielefeld (Westphalie) par Von Bodelschwingh, contenait en 1888, 868 épileptiques vivant dans une trentaine de maisons isolées. Les malades, hommes ou femmes, y sont groupés suivant leur profession, et sont sous la surveillance d'un infirmier avec sa femme pour chaque maison ; ces derniers vivent et mangent avec les malades. Cette colonie est complètement ouverte et la circulation y est libre. Le travail des malades concourt dans une large mesure à l'entretien de l'institution.

de leur mal, on réaliserait une grande économie et on leur procurerait une vie meilleure.

L'accroissement progressif de la colonie de Gheel et le succès récent de la colonie de Lierneux semblent préparer un avenir prospère pour le patronage familial des aliénés. Cependant M. le Dr Peeters a déjà signalé à Gheel un élément de dissolution. Une longue expérience a montré que les crimes et les actes d'indiscipline sont extrêmement rares dans la colonie; c'est tout au plus si chez ces aliénées on a observé une demi-douzaine de grossesses depuis un demi-siècle. Si ces actes regrettables se sont produits un peu plus souvent dans ces dernières années, ils sont souvent suggérés ou commis par une catégorie d'individus, les pensionnaires libres, qui ont été introduits depuis un certain temps dans la commune. Ces pensionnaires libres sont des indigents, infirmes, souvent affectés de troubles mentaux, mais non légalement placés, et qui sont placés chez des habitants de Gheel par les municipalités d'Anvers ou de Bruxelles. Ces individus, qui sont quelque-

fois de simples vagabonds, ne sont pas soumis au contrôle de l'administration de la colonie : leur présence est de nature à causer le plus grand préjudice à la fois moral et matériel au système; non seulement ils sont une cause de trouble et de désordre, mais ils peuvent éloigner les pensionnaires payants.

Une autre catégorie de pensionnaires peut nuire encore aux intérêts de ces colonies, ce sont les individus qui, accusés ou même condamnés pour vagabondage ou autres délits ou crimes, sont aussi envoyés dans les colonies après avoir été reconnus aliénés. A Lierneux, plusieurs habitants m'ont affirmé qu'il y avait déjà un certain nombre de pensionnaires de cette espèce qui inspirent de la répugnance et même de la crainte, et en tout cas sont capables de retarder les progrès de l'institution. Si la présence d'individus de cette catégorie était confirmée à Gheel et à Lierneux, il n'y aurait pas lieu d'en être surpris, puisqu'ils coudoient les autres malades dans la plupart des asiles publics et des maisons de santé privées;

mais il nous semble que si les aliénés délinquants ou criminels doivent être séparés des autres, c'est bien dans ces institutions; et si l'on veut les faire bénéficier du régime colonial, c'est dans d'autres colonies qu'il faut les placer.

La nécessité qui s'est imposée d'installer à Lierneux, comme à Gheel, une infirmerie destinée à recevoir les aliénés agités ou malades (1) établit un rapprochement entre les colonies indépendantes et les colonies annexées à un asile fermé, et montre bien que le système colonial ne peut pas constituer un mode exclusif d'assistance des aliénés.

Si ce mode d'assistance a pu être improvisé dans un pays si voisin du nôtre, on a quelques raisons d'espérer qu'il pourrait aussi s'acclimater en France.

(1) La mortalité relativement considérable qui s'est montrée parmi les aliénés de Lierneux, en 1887 (21), peut trouver son explication soit dans le retard qui a été apporté à l'installation de l'infirmerie, soit à ce que les asiles y ont envoyé les cas les moins favorables.

CHAPITRE V

LES ALIÉNÉS ISOLÉS DANS LES HABITATIONS PRIVÉES, SYSTÈME ÉCOSSAIS

L'isolement individuel ou atypique a été mis en pratique dans tous les pays, plus ou moins fréquemment. Tantôt le malade est soigné dans sa propre maison, sous la surveillance de sa famille qui le soustrait autant que possible aux influences nocives qui ont pu jouer un rôle dans le développement de ses troubles mentaux. Dans ce cas, on cherche à modifier le milieu ; mais, à part quelques exceptions, ces modifications sont rarement suffisantes, les causes d'excitations persistent, et on voit souvent la maladie s'aggraver. On peut dire qu'en général le traitement dans leur propre maison ne convient qu'aux aliénés auxquels l'isolement n'est pas nécessaire. Quant à l'assistance à domicile, elle ne s'applique guère chez nous qu'à quelques caté-

gories d'incurables, aux imbéciles, aux déments. Elle ne présente aucun inconvénient dans les familles pour lesquelles le malade n'est pas une cause de gêne ; mais quand les familles sont trop misérables, il n'en est plus de même, et il est à craindre que la subvention charitable qui leur est accordée soit, en l'absence de toute inspection efficace, déviée de son but. Le secours à domicile des aliénés, préconisé en France par Billod (1), y a trouvé peu de partisans.

D'autres fois, l'aliéné est transplanté et soigné dans une maison étrangère ; dans ces conditions, l'isolement est effectif; mais l'entretien et la surveillance ne sont pas toujours désintéressés, et quand ce régime est appliqué en dehors de la surveillance administrative et judiciaire, il est sujet à bien des abus.

Toutefois, ce mode d'assistance est, comme nous allons le voir, susceptible d'une organisation régulière.

Le système sur lequel je me propose d'insister

(1) Billod, *Des maladies mentales*, 1882, t. II, pp. 182, 190.

maintenant, mène aux mêmes conclusions que l'étude du système colonial; mais il montre peut-être mieux dans quelle proportion l'assistance dans les maisons privées peut être appliquée.

Depuis que Conolly a montré dans quelle mesure on peut restreindre les moyens de contrainte, le traitement des aliénés dans les maisons privées a été souvent préconisé dans le Royaume-Uni, et la plupart des livres classiques anglais enseignent que bon nombre des vésanies aiguës, et en particulier les formes mélancoliques sans tendances suicides ou homicides, peuvent y être soignées avec succès. Parmi les autorités qui parlent dans ce sens, on peut citer MM. Bucknill et Tuke (*Psychological medicine*), et M. Maudsley (*Presidential address to the medico-psychological association*, 1871). « Si vous pouvez, dit M. Clouston (1), traiter un malade en dehors de l'asile et qu'il guérisse, c'est mieux pour vous et pour lui. » Aussi le séjour dans les maisons privées a-t-il joui d'une grande faveur dans le traitement des ma-

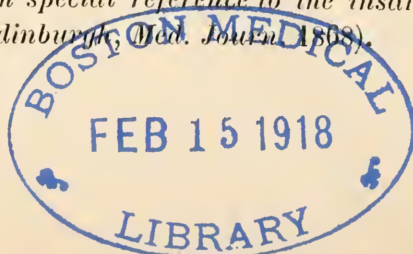
(1) Clouston, *Clinical Lectures on mental diseases*, 2e édit. 1887, p. 29.

lades aisés ; mais le *cottage-system* appliqué aux aliénés pauvres a eu moins de succès, en Angleterre du moins. Des plans d'asiles-cottages ont été proposés à plusieurs reprises (1) ; mais ces projets n'ont pas abouti pour la plupart, bien que les essais de ces sortes d'asiles paraissent avoir donné de bons résultats, particulièrement pour les convalescents, entre les mains de M. Mould, médecin de l'asile de Cheadle (Manchester) (2). L'assistance des aliénés pauvres dans les maisons privées est loin cependant d'être inusitée en Angleterre : dès 1864, 6,638 aliénés pauvres vivaient dans ces conditions (81,6 °/₀ chez leurs parents, 18,4 °/₀ chez des étrangers) (3) ; mais

(1) Toller, *Suggestions for a cottage asylum* (*Journal of mental science*, 1864, p. 342). — Robertson, *On several means of providing the yearly increase of pauper lunatics* (*ibid.*, 1865, t. X, p. 486). — Hawkins, *A plea for convalescent homes in connection with asylums for insane poor* (*ibid.*, 1871, p. 107), etc.

(2) *Forty first report of the Commissioners in Lunacy* (1887, p. 313). — *Journal of mental science*, 1880, t. XXVI, p. 336, 449.

(3) Arthur Mitchell, *The Cure and Treatment of the insane poor, with special reference to the insane in private dwellings*, (*Edinburgh, Med. Journ.* 1868).



si le système se développe spontanément, ce n'est pas qu'il soit activement préconisé par les autorités compétentes.

En Écosse, au contraire, le traitement des aliénés dans les maisons privées prend chaque jour une nouvelle extension sous l'impulsion du conseil de surveillance *(General Board of Commissioners in Lunacy)*. Le livre d'Andrew Combe (1) a peut-être beaucoup contribué à ce résultat en enseignant la nécessité de l'exercice de toutes les fonctions et en particulier des fonctions psychiques, pour éviter ou pour retarder la déchéance définitive, nécessité dès longtemps connue par les médecins écossais, car il y a plus d'un demi-siècle que Mackintosh avait organisé le travail professionnel à l'asile de Dundee.

En Ecosse, l'État n'exerce aucun contrôle sur les aliénés non indigents, tant qu'ils résident dans leur famille, et s'il n'y a aucune raison de supposer qu'ils y soient négligés ou maltraités; il

(1) *Observations on mental derangement* (1831), nouv. édit., 1887, par Arthur Mitchell.

n'intervient que lorsque le malade est traité dans une maison privée, moyennant profit, ou lorsque la maladie dure depuis plus d'un an et nécessite des mesures de coercition; ou encore lorsque le malade possède des biens qui ont été placés par une cour sous la protection de la loi. Le placement d'un aliéné dans une maison étrangère, moyennant rétribution, nécessite une ordonnance du shérif, ou une autorisation du *Board in Lunacy*, obtenue dans un délai de quinze jours. Quant aux aliénés indigents, lorsqu'un officier de charité apprend qu'il en existe un dans la paroisse, il est tenu d'en informer le bureau des Commissionnaires dans un délai de sept jours, sous peine d'une amende de 250 francs; le bureau reçoit en outre une liste nominative des aliénés indigents qui existent dans toutes les paroisses, et l'indication des maisons où ils sont placés.

Le *Board in Lunacy* est chargé depuis la loi de 1857 (1) de veiller sur les aliénés placés dans les

(1) Cf. Foville, *la Législation relative aux aliénés en Angleterre et en Ecosse*, 1885 (annexe du rapport au Sénat par M. Roussel).

maisons privées aussi bien que sur ceux des asiles. Les personnes qui désirent recevoir plus d'un aliéné doivent être munies d'une licence spéciale qui leur est accordée gratuitement avec l'autorisation du bureau, par une ordonnance du shérif : elles ne peuvent recevoir plus de quatre malades. Ces aliénés doivent être visités au moins une fois par an par les commissionnaires ou par leurs délégués (inspecteurs médecins), qui multiplient leurs visites suivant les nécessités : ce n'est que par tolérance que les malades des îles de l'ouest ne sont visités que tous les deux ans. Les gardiens ou nourriciers doivent conserver un livret personnel de chaque malade ; et ce livret, où sont inscrites toutes les allocations en nature, est visé par le Commissionnaire qui s'assure que le médecin de la paroisse a fait ses visites trimestrielles et a noté l'état physique et mental de l'aliéné ; il vérifie aussi la régularité des visites bisannuelles de l'inspecteur des pauvres, auquel il fournit des indications sur ce qu'il convient de modifier. Le Commissionnaire fait en outre au bureau un rapport individuel sur chaque malade : ce rapport

peut donner lieu à des instructions spéciales si elles sont jugées nécessaires. Dans les cas où les garanties d'un traitement convenable font défaut, et dans ceux où il semble que le séjour dans un asile pourrait être utile pour favoriser la guérison du malade ou au moins pour améliorer son état, l'autorisation de séjour dans une maison privée est retirée. S'il s'agit d'un indigent, les Commissionnaires prescrivent de leur autorité le placement dans un asile; s'il s'agit d'un aliéné non indigent, ils recommandent à sa famille ou à ses amis de prendre cette mesure. Dans la pratique, ce mode d'inspection par les Commissionnaires, le médecin de la paroisse et l'inspecteur des pauvres paraît suffisant. Il faut ajouter d'ailleurs que les aliénés placés dans les maisons privées sont sous la surveillance constante du public, qui peut laisser échapper de petites négligences, mais auquel on ne peut cacher des faits graves qui sont quelquefois dissimulés dans les asiles.

A l'époque où les aliénés ont été soumis à l'inspection du *Board in Lunacy*, l'installation dans

les maisons privées laissait beaucoup à désirer, et les Commissionnaires envoyaient fréquemment dans les asiles les malades mal soignés. Il en est résulté que, de 1857 à 1876, le nombre des aliénés traités dans les maisons privées diminuait peu à peu. L'un des Commissionnaires, M. Arthur Mitchell, dans un livre fort intéressant, en même temps qu'il signalait les inconvénients de ce système d'assistance, montrait la voie des perfectionnements (1). Il semble que ce soit à lui qu'est due en grande partie la transformation qui s'est opérée graduellement ; les installations sont devenues meilleures, les nourriciers ont mieux compris leurs devoirs, et depuis 1878, le nombre de cette catégorie de malades s'est considérablement élevé : en 1878, 1,385 aliénés pauvres étaient traités dans les maisons privées, au 1er janvier 1888, il y en avait 2,270. En outre, 132 malades non indigents sont traités dans les mêmes conditions. Le nombre total des aliénés en Ecosse étant à la même époque de 11,329, on voit que 22,8 °/₀ jouis-

(1) Arthur Mitchell, *The insane in private dwellings*; In-8° ; Edimbourg, 1864.

sent du patronage familial; l'auteur du rapport à la commission sénatoriale n'était donc pas autorisé par les faits à dire que ce système de traitement ne peut s'appliquer qu'à des cas exceptionnels.

Le nombre des aliénés traités dans les maisons privées varie beaucoup suivant les comtés : cette différence tient à ce que, les aliénés étant entretenus par la paroisse, les paroisses les plus pauvres cherchent les procédés les plus économiques, et d'ailleurs, elles éprouvent plus de difficultés, en raison de leur éloignement, à envoyer leurs malades dans les asiles. Aux îles Shetland, sur 92 aliénés, 50 sont dans des maisons privées; dans le comté d'Inverness, il y en a 192 sur 393; dans le comté de Caithness, 71 sur 148.

D'ailleurs, il faut diviser en deux groupes les aliénés traités dans les maisons privées; les uns n'ont jamais été placés primitivement dans les asiles; les autres en sont sortis non guéris. Le nombre des malades de ces deux catégories varie suivant les régions. Ceux de la seconde sont plus nombreux dans les régions où les communications

sont faciles et peu coûteuses; ceux de la première sont plus nombreux dans les autres régions : c'est ainsi que, en 1887, dans le comté de Caithness, 10 sur 24 cas nouveaux ont été laissés dans les maisons privées, dans le comté d'Inverness, 21 sur 45.

En général, les malades sont disséminés dans des localités plus ou moins éloignées. Dans quelques villages cependant, les maisons licenciées s'accumulent pour former des petites colonies. Dans le comté de Fife qui reçoit un grand nombre d'aliénés pauvres d'Édimbourg, les villages de Kennoway, de Star, de Thornton, d'Auchtermuchty comptent respectivement 65, 40, 29, 14 malades. Dans le Perthshire, le village de Gartmore en contient 50, celui de Scone, 12; d'autres accumulations se rencontrent à Balfron (Stirlingshire), à Ballantrae (Ayrshire). Les malades sont placés de préference dans les districts ruraux et chez les petits cultivateurs; mais lorsqu'ils ont un métier, on les place volontiers chez un gardien qui exerce la même profession, sachant bien qu'ils ont d'autant plus de chances d'être bien traités qu'ils sont plus utiles.

A mesure que la surveillance devient plus efficace et que l'assistance à domicile s'améliore, il se fait une modification intéressante dans la proportion des différents cas ainsi traités. Les rapports successifs des Commissionnaires montrent que la proportion des imbéciles, des idiots, des déments, qui sont toujours les plus nombreux, diminue progressivement : de 87 % en 1865, elle est tombée à 86,5 en 1867, à 77,8 en 1881, etc. Peu à peu un plus grand nombre de malades encore actifs des asiles sont appelés à bénéficier du traitement de famille ; il arrive quelquefois que le changement amène une modification favorable dans leur état mental, ou même la guérison. Les asiles peuvent se débarrasser d'un certain nombre de malades inoffensifs, mais incurables, qui n'ont plus rien à attendre du traitement médical ; il en résulte une économie sur le prix d'entretien, et on évite la construction de nouveaux asiles (1). L'élimination

(1) Dans le dernier rapport annuel de l'asile de Fife et Kinross, M. Turnbull fait remarquer que si les malades ainsi assistés avaient continué à vivre à l'asile, sa population serait actuellement plus nombreuse de 15 % (Rapport de 1888, p. 14).

de ces malades actifs permet d'employer dans l'asile d'autres malades qu'on aurait laissés sans occupation, et qui tirent profit à tous égards de l'exercice qu'on leur procure.

Les malades des asiles ne sont pas toujours placés d'emblée définitivement dans les maisons privées; ils sont souvent préalablement placés en congé, à titre d'essai, pendant un certain temps.

L'assistance, dans les maisons privées, des aliénés « inoffensifs et incurables » a pour but plutôt la garde que le traitement; il ne faut donc pas s'étonner si le nombre des guérisons est peu élevé; il est cependant intéressant de relever le pourcentage moyen des guérisons et de la mortalité dans les divers établissements de l'Ecosse où l'on reçoit des aliénés (1).

	Guérisons.	Mortalité.
	—	—
Asiles royaux et asiles de comté. . .	40,1 0/0	7,9 0/0
Asiles privés.	26,5 —	5,1 —
Asiles de paroisses	38,8 —	9,7 —
Quartiers de poor-houses	6,3 —	3,8 —
Maisons privées	5,0 —	4,1 —

(1) *Thirtieth annual Report of the general Board in Lunacy for Scotland*; 1888.

On voit, par ces chiffres, que si les guérisons sont peu nombreuses, comme on devait s'y attendre, la mortalité est aussi très faible parmi les aliénés traités dans les maisons privées.

Malgré ses avantages, l'assistance dans les maisons privées n'était pas générale en Ecosse. Une des plus importantes paroisses, Barony Parish, Glascow, comprenant 2,641,509 habitants avec six cent trente-trois aliénés au 1er janvier 1888, avait résisté à l'adoption de ce système. Mais lorsque le magnifique asile de Woodilee (Lenzie), qu'elle avait ouvert en 1873, est devenu insuffisant, elle s'est livrée à une enquête très minutieuse de la question, enquête en tous points favorable; et, depuis trois ans, elle s'est convertie au *boarding-out*. Le rapport spécial de la paroisse, publié en décembre 1885, donne les chiffres suivants relatifs au prix d'entretien des malades dans l'asile de Woodilee et dans le village de Balfron (1).

(1) *Barony parochial Board : Report by subcommittee on harmless and incurables cases*, 1885.

	Dans l'asile.	Dans les maisons privées.
Nourriture et entretien Fr. . .	6 65	8 75
Logement.	6 95	
Habillement	0 85	1 25
Surveillance, soins médicaux . .	2 40	0 90
Par semaine	16 85	10 90

La comparaison était assez significative; aussi, sous l'impulsion énergique de M. Motion, la paroisse a fait placer en deux ans soixante-dix-huit malades dans les maisons privées. L'économie est moins importante si on considère les asiles moins bien construits et entretenus que celui de Woodilee; mais, prise en général, elle est cependant considérable. Jusque dans ces dernières années, le prix d'entretien des malades assistés dans les maisons privées était en moyenne d'un franc par jour, celui de l'entretien dans les quartiers spéciaux de Poor Houses étant de 1,25 et celui des asiles 1,80.

D'après ce qui précède, on peut juger que les conclusions de M. Fraser sur les avantages

du *private dwelling system* sont parfaitement justifiées :

1° Il pourvoit à l'assistance des aliénés inoffensifs, incurables et faciles à administrer, sans nécessiter la construction d'asiles coûteux, et il tend à prévenir l'accumulation contre nature d'un grand nombre de fous ;

2° L'entretien des aliénés ainsi assistés coûte moins que dans les asiles ;

3° Il rend à un grand nombre d'aliénés leur entourage naturel et des soins familiaux qui augmentent leur confort, leur satisfaction et leur bonheur et les maintient en bonne santé physique, comme le montrent les tables de la mortalité ;

4° Il donne à un certain nombre d'aliénés le moyen de pourvoir à leur propre entretien. Il est donc à la fois avantageux aux aliénés et aux contribuables, sans compromettre la sécurité publique.

On peut ajouter que les accidents ne sont pas plus nombreux dans les maisons privées que dans les asiles. Les évasions sont rares. Quant aux accidents sexuels, ils ne sont pas non plus nom-

breux, puisqu'on n'en relève que deux dans le dernier rapport; on pourrait les rendre plus rares encore en poursuivant les complices contre lesquels la loi est armée.

L'extension du *private dwelling system* aurait en outre l'avantage de rendre les asiles à leur véritable destination. Les asiles d'aliénés deviendraient des hôpitaux comme les autres, d'où les malades doivent sortir lorsqu'ils n'ont plus rien à attendre des soins du médecin. L'élimination des malades incurables permettrait au médecin de consacrer plus de temps et d'attention aux malades susceptibles de profiter de ses soins. Dans les hôpitaux ordinaires, lorsqu'un malade est reconnu incurable, ou a retiré du traitement tout le bénéfice possible, il est rendu à sa famille ou à l'administration qui pourvoit à son assistance; il devrait en être de même dans les asiles d'aliénés, sauf les cas où les malades sont dangereux pour la sécurité publique.

Les principales conditions de l'application du système sont : 1° le choix des malades; 2° le

choix des gardiens; 3° une convenable inspection officielle.

Le *private dwelling system* s'applique en particulier aux malades inoffensifs et incurables, aux aliénés par défauts congénitaux, aux déments ou aux vésaniques chroniques, à condition que ces malades ne soient dangereux ni pour eux-mêmes ni pour les autres, qu'ils n'offensent pas la morale publique et qu'ils ne courent aucun risque sexuel. Quelquefois le placement dans les maisons privées, d'un malade maintenu depuis longtemps dans l'asile, a une action tonique (1) qui n'est pas à dédaigner.

Le choix des gardiens paraissait, *a priori*, présenter de grandes difficultés. En pratique, il en présente fort peu en raison du grand nombre de candidats qui permet de choisir les plus convenables et les moins pauvres. A l'origine, la plupart des malades étaient assistés chez quelqu'un de leurs parents ; les choses tendent à se modifier

(1) Turnbull, *Some remarks on Boarding out as a mode of provision for pauper insane (Journ. of mental science*, octobre 1888).

sur ce point; tandis que le nombre des malades assistés dans leurs familles diminue, celui de ceux qui sont assistés par des étrangers augmente. Le dernier rapport du docteur Lawson, « deputy commissioner », montre d'ailleurs que les soins donnés par les étrangers sont en général plus satisfaisants. Lorsque le service de l'inspection n'avait pas encore atteint tout son développement, on a pu faire un certain nombre d'objections à l'assistance dans les maisons privées et opposer au système le moins grand bien-être que dans les asiles, la monotonie de la vie par l'absence de distractions dont les malades jouissent dans les asiles à portes ouvertes. M. Batty Tuke faisait remarquer en 1870 que certains malades placés dans le village de Kennoway regrettaient le régime de l'asile (1); les conditions ont dû se modifier depuis; dans les visites que j'ai faites au même

(1) J.-B. Tuke, *Objections to the cottage system of treatment fort lunatics as it now exists, and suggestions fort its improvement and elaboration (Edinb., Md. Jour.*, avril 1868. — *The cottage system of management of lunatics as practised in Scotland*, etc. *(Journ. of mental science*, janvier 1870, p. 524.)

village avec M. Turnbull, je n'ai trouvé que des malades affirmant catégoriquement leurs préférences pour leur régime actuel (1). Ce régime est en effet pour l'habitat, le vêtement, l'alimentation, conforme à leurs habitudes antérieures, et ils sont plus intéressés par ce qui se passe autour d'eux que par la vie réglée des asiles.

La surveillance organisée comme nous l'avons vu paraît parfaitement suffisante ; d'ailleurs, les visites des Commissionnaires ou de l'inspecteur des pauvres peuvent être multipliées suivant les besoins. Les petites agglomérations facilitent le travail de l'inspecteur des pauvres et des médecins et favorisent la régularité de la surveillance ; il établit une heureuse rivalité entre les gardiens et paraît goûtée par beaucoup de malades. Toutefois ces accumulations ne doivent être encouragées que tant qu'elles ne constituent pas une gêne pour les habitants ; et c'est avec raison que le

(1) M. Hack Tuke qui a aussi visité Kennoway en 1888 ne formule aucun reproche à ce mode d'assistance (*Boarding out of pauper lunatics in Scotland ; The Journal of mental science*, 1889, janv., p. 503).

Board in Lunacy tend à limiter le nombre des « licences » dans les villages où les agglomérations ont une tendance à devenir trop nombreuses. Les agglomérations se prêteraient mieux à l'éducation professionnelle des gardiens, auxquels les médecins de paroisse ou les inspecteurs des pauvres pourraient faire des cours élémentaires d'hygiène analogues aux cours d'hygiène faits aux infirmiers dans certains asiles, et dont profiterait le reste de la population. M. Batty Tuke, dans ses « objections », avait proposé de placer les malades dans des villages voisins des asiles et de les laisser sous la supervision du médecin en chef de l'asile, qui pourrait juger si le cas convient au système, si le gardien est capable de faire son devoir, etc. Ce genre de supervision, qui rapprocherait le *private dwelling system* des colonies annexées aux asiles, pourrait être adopté pour les petits asiles; mais il paraît impraticable pour les grands asiles, où les médecins en chef, absorbés par leurs devoirs d'administrateurs qui les transforment déjà en gros fermiers et les forcent trop souvent à négliger la partie médicale de leurs

devoirs, sont incapables d'assumer une nouvelle charge. Cette surveillance médicale n'est d'ailleurs pas indispensable, puisque le système s'applique pour ainsi dire exclusivement aux incurables.

CHAPITRE VI

LES ALIÉNÉS CRIMINELS DANS LES FAMILLES

Le *private dwelling system* offre en Écosse une extension curieuse, qui mérite d'être signalée ; il s'étend aux aliénés criminels supposés guéris. Lorsqu'un aliéné criminel, de quelque catégorie que ce soit (1), maintenu dans le département médical de la prison de Perth, ne présente plus pour le moment aucun trouble mental, un de ses parents ou une personne quelconque qui s'intéresse à lui peut s'adresser à l'administration des prisons et demander libération conditionnelle du détenu : elle doit promettre de lui fournir un logement et d'en rester responsable, et s'engager,

(1) Sibbald, *Report of the commission appointed by the secretary of State for the home department to inquire into the subject of criminal lunacy*, 1882, p. 79.

en outre, à tenir la dite administration au courant de la situation physique et morale du libéré, par des rapports aussi fréquents qu'on pourra le désirer. Aucune rétribution n'est allouée en général au gardien, qui est toujours parent ou ami du libéré; cependant, il semble, d'après le rapport de M. Sibbald, que l'État puisse, dans certaines conditions, contribuer à son entretien. Chaque mois, le gardien envoie à la prison un rapport mentionnant l'état mental et physique de son pensionnaire, et le médecin de la prison doit le visiter et faire un rapport sur lui deux fois par an. Entre ces visites, la responsabilité du gardien reste entière. M. Mac Naughtan, superintendant du département médical de la prison générale de Perth, m'a affirmé qu'on n'aurait eu aucun inconvénient grave à regretter depuis qu'il est chargé de ce service; la déposition de M. Sibbald (1882) signalait antérieurement une disparition. Quand le gardien soupçonne une rechute de la maladie mentale, il communique ses craintes à l'administration, et l'on prend immédiatement des mesures convenables, soit en réintégrant le libéré au

quartier médical de la prison, soit autrement.

Le quartier médical de la prison de Perth contenait à la fin de l'année dernière 49 aliénés dits criminels ; 12 autres jouissaient de la liberté conditionnelle, 8 vivant chez des parents, 4 chez des gardiens. Sur 3 individus admis en 1887 à la libération conditionnelle, 2 avaient déjà été libérés, puis réintégrés. Cette circonstance semble indiquer que si le système n'a pas jusqu'à présent donné lieu à des inconvénients graves, il ne présente peut-être pas cependant une garantie suffisante.

CHAPITRE VII

L'ASSISTANCE DES ALIÉNÉS DANS LES FAMILLES EN AMÉRIQUE

Sous ses diverses formes, le patronage familial des aliénés s'est acclimaté en Belgique, dans diverses parties de l'Allemagne, en Écosse, avec le même profit pour les malades et pour le public. On en a aussi reconnu l'utilité aux Etats-Unis où il a été introduit en août 1885, à la suite d'un rapport favorable du docteur Stedman (1884). Depuis cette époque, jusqu'au 3 novembre 1888, cent quatre-vingt-deux aliénés du Massachusetts ont été placés dans les maisons privées. Ces aliénés dont 50 hommes et 132 femmes étaient placés soit par l'Etat, 136, soit par la ville, 29, soit par des particuliers, 17. A la même date restaient placés sous la surveillance du « Board » 66 ma-

lades dont 21 hommes et 45 femmes, 47 entretenus par l'Etat, 9 par la ville, 10 par des particuliers (1). Ces chiffres montrent qu'un certain nombre de malades placés dans les maisons privées ont dû plus tard être assistés autrement. Comme le fait remarquer l'auteur du rapport, il était presque inévitable aux débuts d'une entreprise de ce genre que quelques erreurs fussent faites dans le choix des malades et des nourriciers. Mais, « en somme, l'expérience de ces trois années a été satisfaisante et encourageante. Le système est maintenant en voie de réforme sur certains points ; surtout dans le choix plus soigneux des maisons et des malades, dans le groupement d'un petit nombre de malades autour des centres facilement accessibles, dans la fixation des prix de pension, réglés suivant la bonne volonté et les aptitudes des malades à assister les familles dans leurs travaux. Et il y a lieu d'espérer que dans un an ou deux, on pourra définitivement décider si dans une communauté comme la nôtre le système

(1) *Tenth Annual report of the state Board of lunacy and Charity of Massachusetts*, 1889, p. 128.

d'assistance des aliénés inoffensifs dans les familles n'est pas seulement un procédé économique, — ce qui, bien qu'important en soi-même, est comparativement d'un mince intérêt, — mais plus utile pour les malades eux-mêmes, et plus convenable pour favoriser le rétablissement de leur santé mentale, tout en ne produisant aucun effet nuisible sur les personnes au milieu desquelles ils sont placés. » Ici la question d'économie n'est même plus en discussion, du reste le rapport contient des chiffres qui ne sont pas moins éloquents que ceux de la « barony Parish » de Glascow.

Le rapport du docteur Stedman joint au rapport général sur le « Family System » nous montre qu'à peu d'exceptions près les malades sont convenablement assistés et contents de leur sort.

M. Stedman, entre autres remarques analogues à celles qui ont pu être faites à propos du système belge et du système écossais, notamment dans celles relatives aux inconvénients du placement des jeunes femmes dans les familles, relève le défaut d'instruction spéciale chez les gardiens qui

doivent y suppléer par leur bon sens et leur dévouement (1). Il conseille de remettre à chaque nourricier un registre de visite contenant des instructions générales sur les soins à donner aux malades.

Je citerai encore de son rapport le passage suivant : « Le nombre relativement considérable des malades privés paraît mettre en évidence la possibilité d'utiliser largement ce système, dans cette direction, sous le couvert de l'Etat. Le manque de secours spécial et convenable pour les malades de cette classe qui sont capables de payer, mais dont les moyens sont très limités, est bien connu comme un défaut criant de notre état. Un système de famille ne répond-il pas à ce besoin en ce qui concerne les cas chroniques ? Les maisons dans lesquelles beaucoup de malades privés ont reçu asile et soins me paraissent répondre catégoriquement par l'affirmative. Si cette mesure était profitable, une légère contribution pour couvrir les

(1) M. Stedman relève que les seuls gardiens qui refusent de partager leurs repas avec les malades, étaient d'anciens infirmiers d'asile.

frais d'inspection de ces malades, diminuerait beaucoup les frais de l'Etat sur ce chapitre. »

L'expérience, dans l'état de Massachusetts, d'un système d'assistance familiale qui n'est, en somme, qu'une application du système écossais, n'est pas moins favorable que les autres expériences récentes du régime familial faites à Lierneux et à Balfron.

On peut donc regretter que ce système d'assistance n'ait pas assez appelé l'attention des pouvoirs publics dans notre pays, où la crise industrielle et agricole paraît le rendre particulièrement applicable à l'époque actuelle; on ne manquerait pas de paysans disposés à augmenter leurs ressources en acceptant la surveillance de malades incurables, mais à la fois inoffensifs et utilisables. Il faut reconnaître pourtant que ce système a contre lui de ne nécessiter la création d'aucune fonction importante, car les inspecteurs ne nous manquent pas, ni la construction d'aucun édifice pouvant produire de gros bénéfices.

DEUXIÈME PARTIE

Soins généraux aux aliénés dans les familles

CHAPITRE PREMIER

AVANTAGES ET INCONVÉNIENTS DU TRAITEMENT DANS LES FAMILLES

Cette rapide revue de l'assistance des aliénés en Belgique, en Ecosse et en Amérique, nous montre que les aliénés pauvres peuvent être secourus dans les maisons privées, et que ce mode d'assistance convient surtout aux aliénés inoffensifs et incurables.

Le traitement dans les maisons privées est-il applicable aux malades curables ? Les statistiques de Gheel et du *boarding-out* en Ecosse ne sont guère favorables, mais le petit nombre de guéri-

sons tient en grande partie aux choix des malades et à l'organisation de ces institutions qui jusqu'à présent au moins ne permettent pas une thérapeutique active.

La possibilité du traitement des aliénés dans les habitations privées est difficile à juger surtout en France où la plupart des auteurs, qui en ont traité incidemment, sont des médecins attachés à des asiles publics ou privés et ont pu être influencés sinon par leurs intérêts au moins par leur éducation. En fait, ce mode de traitement est à peu près inusité, et il est proscrit par nos meilleurs maîtres. Il n'en est pas de même dans d'autres pays et particulièrement en Angleterre où, comme nous l'avons vu, plusieurs autorités recommandables se prononcent catégoriquement pour le traitement en dehors des asiles.

Je m'inspirerai de leur enseignement pour chercher à résoudre cette question du traitement privé.

Je ne fais que rappeler qu'un aliéné peut être traité dans trois conditions différentes : 1° dans sa propre maison ; 2° dans une maison privée

mais avec des étrangers ; 3° dans un asile ; et je passe rapidement en revue les avantages et les inconvénients de ces trois modes de traitement.

Le traitement dans la propre maison est suivi avec avantage par un certain nombre de malades. Mais il faut bien reconnaître que l'aliéné soigné dans sa maison ne se trouve pas en général dans des conditions favorables. Si les causes qui ont provoqué les troubles mentaux ont disparu, elles sont souvent au moins rappelées par les objets qui entourent le malade. Il reste entouré de ses parents ou de ses domestiques, sur lesquels il a conservé de l'influence ou de l'autorité, et qui sont généralement incapable de lui imposer la contrainte nécessaire. Il reçoit difficilement des conseils de ceux à qui il est habitué à donner des ordres. Il résulte de ces rapports des froissements pénibles bien propres à exaspérer le mal et à en prolonger la durée.

Il faut ajouter d'ailleurs que les parents et les amis sont les plus mauvais gardiens que l'on puisse donner à un aliéné, parce qu'ils manquent de la fermeté nécessaire pour assurer la disci-

pline et que leur intervention irrite le malade plus qu'aucune autre.

Il est peu de cas dans lesquels on puisse impunément manquer à la règle de l'isolement des aliénés. Or l'isolement dans une partie de l'habitation commune est à peu près impraticable.

Une autre considération qui n'est pas sans valeur et que le médecin de la famille ne doit pas perdre de vue : c'est que les veilles prolongées auprès d'un malade de ce genre, jointes aux préoccupations de l'affection et aux charges ordinaires de la vie, constituent un des procédés les plus propres à amener l'épuisement nerveux (1), principalement chez les sujets prédisposés. Ceux qui ont pris la tâche de soigner un parent aliéné dans leur maison sont bientôt incapables de subvenir aux nécessités de leurs propres fonctions : il n'est pas rare qu'un dévouement mal entendu entraîne la ruine physique iutellectuelle et financière de toute une famille.

Le malade peut être placé dans une maison

(1) Weir Mitchell, *Doctor and patient*; Edinb., 1887, 2e éd.

étrangère tout en restant sous la direction de sa famille qui l'a entouré de gardiens de son choix et étrangers à son service ordinaire. Il peut encore être recueilli dans une famille étrangère qui se charge à la fois de la surveillance et des soins. Enfin il peut être traité dans la maison particulière d'un médecin qui en accepte la charge. Ces deux derniers modes d'isolement peu ou point pratiqués en France, le sont davantage dans des pays voisins où ils rendent de grands services. Les personnes appartenant ou non à la profession médicale, qui désirent prendre soin d'aliénés, de quelque catégorie que ce soit, font connaître leurs dispositions aux médecins qui peuvent avoir besoin d'avoir recours à elles, et se mettent ainsi en rapport avec les familles intéressées.

Quel que soit le plan adopté, le médecin qui dirige le traitement doit avoir sinon le choix, du moins la direction du personnel qui entoure le malade. La famille doit être prévenue de la nécessité absolue d'un isolement effectif. Il est convenu que l'isolement ne doit pas se borner à l'interdiction des visites des amis ou des parents,

mais que toute correspondance doit être aussi strictement prohibée. Pour être maître de prolonger autant qu'il est nécessaire les mesures disciplinaires qu'il a adoptées, le médecin doit toujours réserver le pronostic et avertir les intéressés que les guérisons des maladies mentales ne s'effectuent pas à échéance fixe comme dans un certain nombre de maladies aiguës, mais qu'elles sont sujettes à des alternatives de mieux et de pis, et que leur durée est généralement longue, qu'il faut souvent compter par mois et non par jours ou par semaines.

Lorsque le traitement dans une maison privée est praticable, il présente plusieurs avantages qui ne sont pas à dédaigner. Le malade, entouré de personnes exclusivement appliquées à sa cure, peut être plus efficacement soigné que dans un asile où le personnel doit s'occuper de malades nombreux. Les malades ne sont pas affligés par la vue d'autres aliénés qui les troublent, les effraient, dont le souvenir reste gravé dans leur esprit et les empêche d'oublier leur mal, même lorsqu'il est guéri. Ils peuvent plus facilement

exercer par intervalle leur esprit et mieux résister à la déchéance intellectuelle. D'autre part, leur maladie peut plus facilement être tenue secrète, ce qui constitue pour eux un grand avantage pour l'avenir.

Enfin la famille reste plus maîtresse de surveiller le traitement, de prendre l'avis de qui a sa confiance et de veiller à son exécution : ce n'est pas que les avis ne puissent pas pénétrer dans les asiles ou les maisons de santé, mais ils y sont peut-être plus rarement suivis.

A ces avantages il faut opposer quelques inconvénients. Il est quelquefois difficile de se procurer un local convenable et surtout des gardiens sûrs pouvant se passer d'une surveillance constante. Les faits imprévus peuvent moins facilement que dans un asile être signalés au médecin en temps utile. Les phénomènes d'excitation, les actes violents, les tentatives homicides, suicides, peuvent, moins aisément être comprimés.

En outre, si le malade est resté en dehors de la tutelle administrative, sa fortune peut courir des dangers sérieux ; car dans les familles d'aliénés,

il n'est pas rare de rencontrer d'autres tares : les intérêts des malades peuvent se trouver compromis aussi bien par ses proches que par des étrangers.

Le traitement dans un asile est le seul qui convient aux aliénés extrêmement violents et dangereux, qui ont des impulsions suicides, homicides, incendiaires, ou encore à ceux qui montrent des perversions instinctives telles qu'ils sont une cause permanente de scandale. Les malades difficiles à conduire sont moins exposés à être maltraités dans les asiles où le personnel est en nombre pour leur résister et les contenir, que lorsqu'ils sont remis aux soins de gardiens insuffisants.

CHAPITRE II

QUELS MALADES PEUVENT PROFITER DU TRAITEMENT FAMILIAL

En dehors des malades violents et dangereux auxquels il vient d'être fait allusion, on peut dire que la plupart des aliénés peuvent être traités dans des maisons privées, à condition qu'elles soient convenablement appropriées, et que la surveillance soit suffisante. Les malades les plus bruyants peuvent même être traités dans ces conditions.

L'isolement en dehors d'un asile est particulièrement applicable aux troubles hystériformes qui sont caractérisés par des altérations affectives, un dégoût pour la discipline et les occupations ordinaires, pour l'alimentation. Ces troubles ordinairement curables lorsqu'ils sont développés sur un terrain nettement hystérique, ne nécessitent nul-

lement la séquestration. On voit souvent un amaigrissement énorme disparaître en quelques jours avec les troubles psychiques qui l'accompagnent, lorsque l'alimentation a pu être imposée grâce au changement de milieu (1). Dans toutes les affections hystériques, à forme paralytique, convulsive ou autres, dans l'étiologie desquelles l'imagination joue un rôle si important (2), l'isolement pur et simple constitue la clef de voûte de la cure.

A côté des vésanies hystériformes, il faut placer la neurasthénie ou épuisement nerveux dans l'étiologie duquel, à côté des traumatismes et des chocs nerveux, le surmenage sous toutes ses formes joue un rôle important. Cet état nerveux, bien décrit par Beard, qui s'accompagne souvent de troubles mentaux, caractérisés principalement par l'indécision, le doute sous toutes ses formes, une grande susceptibilité émotionnelle, est grandement justiciable de l'isolement dans lequel le régime

(1) Ch. Féré et F. Levillain, *Apepsie hystérique*, etc. (*Progrès médical*, 1883, p. 127).

(2) Ch. Féré, *la Médecine d'imagination* (*Progrès médical*, 1884, n° 16, 1886, n°s 35, 36, 37).

conseillé par Weir Mitchell et Playfair devient surtout efficace (1).

Les psycho-névroses infantiles peuvent aussi tirer le plus grand bénéfice de ce genre de traitement. Le séjour chez des étrangers bien pénétrés de leur rôle permet d'obtenir en même temps que des soins assidus une discipline réglée, bien difficile à obtenir dans la maison paternelle où le principal obstacle se trouve souvent dans l'inéluctable tendresse des parents. Bien souvent, comme le fait justement remarquer Weir Mitchell, la mère est plus difficile à mener que l'enfant; en se soumettant à ses moindres désirs, elle fait fréquemment d'une affection légère une maladie incurable.

Les imbéciles et les idiots trouvent dans les asiles spéciaux un personnel et un matériel plus appropriés au développement intellectuel dont ils sont capables et une émulation qui fait défaut dans les maisons privées où ils ne peuvent se trouver en contact qu'avec des enfants bien dé-

(1) Weir Mitchell, *Du traitement méthodique de la neurasthénie et de quelques formes d'hystérie;* Paris, 1883.

veloppés qu'ils ne sauraient ni suivre ni imiter (Irlande, Langdon Down) (1). Le traitement dans l'isolement familial a pourtant pour ces sujets l'avantage de les préserver de la contagion des habitudes vicieuses et de permettre une surveillance plus efficace à cet égard. — Enfin ce traitement peut convenir aux idiots absolument inéducables.

Les épileptiques à accès peu fréquents et sans impulsions dangereuses peuvent aussi profiter de l'isolement dans les habitations privées.

Les folies toxiques et celles qui se développent dans des conditions spéciales comme la puerpéralité, ont beaucoup de chance de ne pas se reproduire si l'on peut éloigner les circonstances étiologiques qui les ont provoquées; elles mériteraient particulièrement d'être traitées en dehors des asiles, pour éviter la publicité, et le souvenir d'un accident passager. Lorsqu'un individu a été séquestré dans un asile, il ne peut avoir aucun doute sur sa maladie, tandis que s'il a été traité dans une

(1) Langdon Down, *On some of the mental affections of childhood and youth;* 1887, p. 132.

habitation privée on peut plus facilement la lui dissimuler. Notons toutefois que si le médecin doit aider le malade à dissimuler sa tare, il n'en reste pas moins hors de doute que l'intérêt social impose une surveillance étroite des aliénés, aussi bien de ceux qui sont traités dans les domiciles privés que de ceux qui sont séquestrés dans les asiles privés ou publics.

CHAPITRE III

DU CHOIX DE L'HABITATION

Le traitement familial est déjà, comme on le voit, sujet à quelques réserves relatives aux convenances générales et aux difficultés du choix des malades qui courent des risques de différente nature. Mais ces difficultés ne sont pas les seules, il s'en rencontre dans le choix du local et des gardes-malades.

Le choix du local mérite la plus grande attention et est nécessairement influencé par la forme du trouble mental et des accidents concomitants que présente le malade.

Quelle que soit l'exubérance de la manifestation, la folie est toujours caractérisée par un défaut mental qui n'est que la traduction extérieure d'un défaut de la nutrition. Il est donc particulièrement nécessaire que tout malade de cette catégorie soit

placé dans des conditions d'hygiène générale irréprochables. Quelle que soit la forme de sa psychose, son habitation doit être située de telle sorte qu'il puisse vivre autant que possible au grand air, faire de l'exercice à pied. Le repos de l'esprit étant le principal moyen de réparation du déficit, on doit veiller à ce que le sommeil ne soit troublé par aucun voisinage bruyant. « Le plus sûr remède aux maux de la vie civilisée, dit Weir Mitchell, doit être trouvé dans quelque forme de retour à la barbarie (1). » Plus les tourments de la vie urbaine ont joué un rôle évident dans la production des troubles mentaux, plus il est nécessaire de le reléguer loin du bruit et de tout ce qui peut lui rappeler le genre de vie qui a compromis sa santé psychique.

On doit se préoccuper du voisinage si le malade a des tendances au suicide, s'il est sujet à des attaques convulsives, s'il est disposé à faire des fugues.

L'habitation elle-même doit être convenablement

(1) *Camp Cure;* Philad., 1877, p. 45.

installée au point de vue de la ventilation, de l'éclairage, du chauffage, et ne présenter aucun vice de construction qui constitue un danger pour les malades ou une difficulté pour la surveillance.

Lorsque les malades ont quelque propension au suicide, l'aménagement mérite une attention spéciale, la fermeture des fenêtres doit être convenablement assurée. Il faut supprimer tout ce qui pourrait servir au malade à se pendre, etc.

CHAPITRE IV

DES GARDES-MALADES

J'ai déjà relevé le danger du séjour de l'aliéné dans sa propre famille, au point de vue de la santé physique et mentale de ceux de ses proches qui continuent à vivre avec lui et qui le soignent. Le même danger subsiste pour les parents ou pour les amis du malade s'ils le soignent dans une maison étrangère.

« J'ai cité ailleurs, dit Weir Mitchell, la phrase tranchante de Wendell Holmes, dans laquelle il décrit un malade chronique comme un vampire suçant le sang des personnes valides de la maison ; et bien que les mots soient durs, ils ne font que décrire brièvement ce qui arrive réellement dans beaucoup de familles (1). » Cette réflexion

(1) *Nurse and patient;* New-York, 1877, p. 31.

s'applique particulièrement aux aliénés. Le même auteur ajoute plus loin : « En tout cas on doit choisir un « attendant » soigneux et attentionné, qui, autant que possible, ne doit jamais être un parent ou un ami du malade. La raison de cette recommandation est absurdement claire pour un médecin, et je vais la dire en quelques mots. Un étranger a sur ces malades une autorité que ne saurait avoir un parent, et sans se laisser émouvoir par une trop grande sympathie ou par l'émotion, il est beaucoup plus capable d'exécuter avec discrétion et fermeté les mesures nécessaires. D'ailleurs, le traitement moral exige généralement un isolement plus ou moins complet; et il est imprudent, et on doit éviter, d'exposer d'autres individus du même rang et peut-être de même prédisposition aux émotions et aux états d'esprit qu'un confinement étroit avec ceux qu'ils aiment, mais dont l'intelligence est pour le moment dérangée, leur apporterait sûrement. Comme d'autres médecins qui ont affaire aux maladies nerveuses, j'ai été souvent appelé à constater les ravages qu'une telle tâche avait faite sur l'esprit et le corps. En vérité,

je puis dire que rien n'est plus capable de détruire la santé d'une jeune personne que de soigner un aliéné, surtout si elle est sa parente. Dans ce cas, plus que dans aucun autre, se montrent sous leur plus mauvaise forme, tous les maux que peut produire sur elle la garde d'un malade; c'est une épreuve très rude pour sa santé physique ou morale. Plus grande est l'affection qu'elle ressent pour le patient, plus grands aussi sont les efforts qu'elle doit faire, et moins sage est, pour tous les deux, l'épreuve. La surveillance incessante, l'attente ennuyeuse de ces maladies, les plus tristes et les plus incertaines de toutes, les terreurs de tout ce qui peut arriver dans un désordre si mobile, les alternatives d'espérance et de crainte, l'anxiété de la lutte avec l'obstination et les opinions maladives que l'on combat sans chance de succès, se combinent pour le tourment de l'ami qui s'est fait garde-malade. Un étroit confinement, des efforts généralement infructueux pour dissimuler la nature du cas, et l'horreur morbide créée par la maladie, tout s'unit pour rendre une telle garde tristement dangereuse pour les proches. En

fait, personne ne devrait être soumis à une telle épreuve ; et s'il est impossible de créer pour un cas de folie, un asile dans la maison, avec un garde-malade payé, il vaut mieux placer le malade aussitôt que possible dans un hôpital bien organisé. »

Parmi les inconvénients de la garde des névropathes par leurs parents, il ne faut pas oublier le danger de la contagion qui est réel chez les sujets prédisposés. Il ne faut pas croire que ce danger soit exclusif aux femmes, le sexe fort peut y être exposé. Parmi les cas les plus curieux de ce genre, on peut signaler les faits de Weir Mitchell, de maris de femmes enceintes, parmi lesquels un médecin, atteints des vomissements incoërcibles (1).

Comme le fait bien remarquer M. East (2), l'heureuse terminaison de la maladie dépend en grande partie de l'influence que les infirmiers peuvent acquérir sur le patient ; mais si, comme

(1) *Lectures on diseases of the nervous system especialy in women*, 2e éd. 1885, p. 63.

(2) East, *On private treatment of the insane, as single patients*; London, 1886, p. 18.

il le dit, il est facile en Angleterre de trouver des gardiens capables d'apprécier les difficultés du cas et les particularités de chaque malade et de le traiter à la fois avec tact et patience, avec douceur et fermeté ; cette bonne fortune paraît moins aisée à rencontrer chez nous. Cette rareté des bons « attendants » de l'un et l'autre sexe tient probablement aux rares circonstances dans lesquelles ils ont l'occasion de s'exercer et ne peut que nous engager à bien établir les conditions qu'ils doivent remplir, et que doivent remplir les membres de toute famille qui accepte la charge d'un aliéné.

La surveillance et les soins à donner à un aliéné constituent une tâche ardue et pénible et bien propre dans beaucoup de cas à épuiser rapidement la force d'un seul individu. Or on ne peut utilement remplir cette tâche qu'à la condition d'être bien portant, vigoureux, de caractère égal, toujours ferme et sans indécision : la moindre défaillance, le moindre oubli peuvent entraîner des conséquences graves. Il devient donc souvent nécessaire de changer l'infirmier qui fléchit sous le poids du fardeau qui lui est imposé. Lorsque

l'infirmier a déjà pris une certaine connaissance du malade, a de l'ascendant sur lui et remplit convenablement sa tâche, il est préférable, plutôt que de le remplacer purement et simplement, de lui adjoindre une autre personne qui le seconde en lui permettant de prendre le repos nécessaire. Autant que possible ces assistants, quel que soit leur nombre, doivent être liés par une subordination marquée à l'infirmier principal, pour assurer l'unité de la direction de la discipline. Le malade doit toujours sentir cette unité de direction, il faut par conséquent éloigner tout assistant qui tendrait à gagner sa sympathie et discréditerait l'autorité du gardien principal et du médecin.

Le nom d'infirmier est assez impropre pour désigner la personne chargée du soin d'un aliéné. Il doit s'occuper non seulement de veiller aux soins de propreté, à l'alimentation, à l'administration des remèdes, mais encore aux exercices physiques, ou aux délassements intellectuels qui peuvent être permis au malade : c'est en quelque sorte un compagnon officieux. Il y a donc avantage à ce qu'il soit pourvu d'une éducation

convenable et en rapport autant que possible avec celle de son pupille. Un certain nombre de femmes qui ont eu des revers de fortune dans lesquels elles ont joué un rôle purement passif, et ont accepté franchement leur situation, sont particulièrement aptes à tenir ce rôle. Les hommes de la même catégorie ne sont pas utilisables au même titre, parce qu'ils acceptent avec moins de résignation leur nouvelle position, et sont plus préoccupés de leur relèvement; et surtout parce qu'ayant joué un rôle plus actif dans leur détresse, ils ont généralement des travers incompatibles avec les exigences multiples de ces fonctions. Avant tout, il faut une personne vigoureuse, de bonne volonté, et prête à accepter la direction du médecin qui a la charge du traitement.

CHAPITRE V

NOTIONS INDISPENSABLES AUX PERSONNES CHARGÉES DU SOIN DES ALIÉNÉS

Les personnes qui acceptent la tâche de veiller et de soigner un aliéné doivent savoir qu'elles assument une lourde tâche et qu'autant au point de vue de la famille qu'au point de vue de la société elles sont moralement responsables des actes nuisibles à lui-même et aux autres qu'il pourrait commettre.

M. Mills (1) fait remarquer avec juste raison que si quelques connaissances en anatomie, en physiologie et en pathologie du système nerveux peuvent être utiles aux personnes qui se destinent à soigner les aliénés, elles ne leur sont pas indispensables. Les connaissances incomplètes qu'elles

(1) Ch.-K. Mills, *The nursing and care of the nervous and the insane*; Edinburgh, 1887, p. 107.

peuvent avoir sont quelquefois plus nuisibles qu'utiles. Ce qu'elles doivent savoir tout d'abord, c'est que leur affaire n'est ni le diagnostic ni le traitement de la maladie, mais seulement l'application des décisions du médecin sous la direction duquel elles sont placées, et auquel elles ne doivent rien cacher de ce quelles peuvent observer.

Les infirmiers et les infirmières des asiles qui sont sous la surveillance constante des médecins peuvent surtout se borner à des notions générales. Les personnes qui doivent veiller sur des aliénés, en dehors de l'assistance permanente d'un médecin, doivent posséder des connaissances plus étendues.

Il faut qu'elles sachent que les mélancoliques sont quelquefois sujets à des accès d'excitation et qu'il ne faut pas se fier absolument à leur quiétude apparente, qu'ils ont quelquefois des tendances au suicide, à se laisser mourir de faim ; que les mélancoliques les plus stupides en apparence n'échappent pas à la possibilité de ces accidents, et que malgré leur indifférence absolue, ils

sont capables de voir, d'entendre ce qui se passe autour d'eux et de s'en souvenir après leurs accès; que les maniaques ont souvent des impulsions homicides ou destructives; que les délirants systématiques sont capables de dissimuler pour un temps leurs idées fausses; que les déments sont fréquemment malpropres et qu'il faut incessamment les surveiller; que les épileptiques ont des changements fréquents et brusques d'allures et sont sujets à des accès d'excitation brusques et dangereux, que les hystériques ont une grande tendance à tromper, à simuler des tentatives de suicide, etc.

Les infirmiers et les infirmières ne peuvent pas renseigner utilement les médecins, s'ils n'ont quelques connaissances générales des symptômes les plus communs des psychoses. Il suffit de passer en revue les principaux.

Les perversions sensorielles et psychiques doivent leur être connues au moins assez pour qu'il leur soit possible de les reconnaître et de les signaler. Ils doivent savoir par exemple que l'illusion est une sensation erronée provoquée par un objet

réel qui se trouve défiguré dans l'esprit du malade : le sujet en proie aux illusions croit reconnaître des personnes dans des objets inertes, voit des caravanes dans les nuages, entend des paroles dans le bruit du feuillage, etc. L'illusion diffère de l'hallucination qui est une sensation née par le seul fait d'un trouble cérébral sans être provoquée par un objet extérieur : le sujet voit des flammes dans le ciel parfaitement pur, il entend des injures dans le silence absolu, il sent de mauvaises odeurs, là où il n'y a aucune substance odorante, etc.

L'illusion et l'hallucination, qui sont des éléments des rêves ordinaires, peuvent se produire chez des gens parfaitement sains d'esprit. La folie commence avec la croyance à la sensation fausse, croyance qui sert bientôt de fondement à des interprétations fausses, à des délusions, à des idées fixes, à des obsessions. Le malade n'exprime pas toujours ses idées fausses, ses préoccupations délirantes ; mais même lorsqu'il reste muet, sans regard, ses attitudes, les mouvements de ses lèvres, l'expression de sa physionomie trahissent le tra-

vail de son esprit; et tous ces mouvements doivent être observés avec soin par les personnes qui vivent habituellement avec l'aliéné, dont les idées sont souvent interrompues ou dissimulées lorsque survient un étranger et en particulier le médecin.

Les idées fausses des aliénés s'enchaînent souvent avec une certaine logique que l'on peut suivre si l'on admet leur point de départ : d'autres fois ils passent d'un sujet à un autre avec une rapidité extraordinaire, c'est de l'incohérence.

Dans la démence paralytique, ces conceptions délirantes prennent souvent un caractère particulier d'absurdité et de satisfaction naïve.

Les pertes de mémoire, son affaiblissement, ses altérations doivent être notées. Il en est de même des troubles de la conscience.

D'ailleurs, il appartient au médecin, dans chaque cas particulier, de signaler aux gardes-malades les accidents possibles et la marche probable des événements, et d'éveiller leur attention sur les troubles dont il faut rechercher l'existence.

D'une manière générale les infirmiers doivent savoir que les aliénés sont des individus défectueux, autant au point de vue physique qu'au point de vue intellectuel, et qu'à de rares exceptions près, ils sont beaucoup moins vigoureux que leurs démonstrations ne pourraient le faire croire. Ils doivent donc se conduire envers eux avec fermeté mais sans violence. Ils ne doivent pas ignorer que ces malades, dont la nutrition est toujours défectueuse, résistent moins aux traumatismes que des individus sains, qu'ils sont plus sujets aux extravasations sanguines particulièrement dans certaines régions, aux oreilles par exemple où un choc léger peut déterminer l'apparition de volumineuses tumeurs sanguines, que leurs os mêmes présentent quelquefois une fragilité extrême, et que la torsion brusque d'un membre peut amener une fracture. Les paralytiques généraux sont surtout sujets à ces accidents; les déments séniles offrent souvent aussi une fragilité extraordinaire des côtes qui peuvent s'enfoncer sous une très faible pression. Lorsque les malades de cette catégorie sont tenus au lit, les parties de la peau qui supportent

les plus fortes pressions sont facilement atteintes de gangrène; il faut y prêter attention et les visiter chaque jour.

On peut dire que tous les aliénés ont une circulation défectueuse; sauf quelques maniaques, ils ont une tendance au refroidissement, et à cet égard, ils doivent être surveillés avec le plus grand soin.

D'autre part, les maladies inflammatoires évoluent souvent chez eux d'une manière insidieuse; il est donc nécessaire de prêter attention au moindre trouble, en particulier aux plus légers signes d'irritation des voies respiratoires. Un certain nombre d'aliénés marchent avec des fluxions de poitrine, des pleurésies que l'on pourrait méconnaître jusqu'à la mort, si on négligeait de les examiner avec soin.

Les aliénés en général ont une sensibilité obtuse ou altérée; il faut donc surveiller les applications externes auxquelles ils peuvent être soumis, les vésicatoires, les sinapismes, les bains de pieds sinapisés ou chauds, l'emploi de l'eau froide ou de la chaleur, des courants continus, etc.

L'infirmier ou l'infirmière doivent être tenus au courant des idées fausses, prédominantes ou même occasionnelles, du malade : ce n'est que cette connaissance qui peut les mettre en garde contre les tentatives de destruction, d'homicide, de suicide, de mutilation, etc. Lorsque l'on a à craindre des tentatives de ce genre, il faut exercer une surveillance spéciale sur les couteaux, les ciseaux et autres instruments dangereux dont on devra toujours connaître le nombre et la place, sur les médicaments toxiques qui devront toujours être tenus sous clefs, etc.

Il est rare que les individus soignés dans des habitations privées soient dans des conditions qui puissent permettre de supposer la simulation ; mais les aliénés sont capables de simulation de troubles étrangers à leur maladie, pour détourner l'attention et déjouer la surveillance dont ils sont l'objet, pour exciter l'intérêt de leur entourage. Lorsqu'on a surpris la simulation chez un malade, il ne faut pas se laisser aller à un scepticisme absolu ; il peut arriver, particulièrement chez les hystériques, qu'une simulation de suicide soit

suivie à courte échéance d'une tentative sincère.

Les aliénés, en général, ont perdu le souci de leur aspect extérieur ; livrés à eux-mêmes, ils ont une tendance à ne prendre aucun soin de propreté et à se laisser aller à la plus grande négligence dans leur tenue. Les conseils et la contrainte sont souvent impuissants à lutter contre cette tendance qui n'est pas seulement regrettable au point de vue de la forme, mais qui est déplorable au point de vue de l'hygiène.

Il est donc important que ces malades aient toujours sous les yeux l'exemple de l'ordre et de la propreté la plus scrupuleuse. Il faut remarquer d'ailleurs que les aliénés, négligents pour eux-mêmes, n'ont pas perdu tout jugement relativement aux convenances. Souvent ils apprécient parfaitement ce qui manque à ceux qui les entourent et qui peuvent facilement devenir pour eux un objet de mépris. Les personnes chargées de la direction d'un aliéné ne peuvent maintenir leur autorité sur lui qu'à condition d'avoir une tenue

parfaite, une propreté et un ordre irréprochables.

L'aliéné n'est pas moins relâché dans sa discipline morale et intellectuelle que dans sa tenue et son vêtement; il a besoin encore à cet égard de n'avoir que de bons exemples sous les yeux. Les personnes qui vivent avec lui doivent éviter tout écart de langage ou toute démonstration excessive; elles doivent conserver leur calme en face des objurgations, des injures ou des menaces. Revenus de leur excitation, les malades se rendent compte des moindres défauts de tact que l'on peut avoir montré à leur égard, et on n'arrive pas à ressaisir l'autorité qu'on a perdue. Si certains stratagèmes peuvent se trouver justifiés dans quelques circonstances, en général les malades ne doivent pas être trompés; le moindre mensonge peut compromettre la meilleure discipline. Les aliénés sont plus difficilement dupés qu'on ne pense ; ils n'ont que trop de tendance à la simulation et à la dissimulation; leur en donner l'exemple ne peut qu'être nuisible. Autant que possible, il ne faut pas les leurrer par des promesses.

Si l'on peut quelquefois plaisanter les malades

sur leurs idées fausses, il serait blâmable d'insister sur leurs ridicules, et tout autant de les encourager dans leur délire. On ne doit jamais se relâcher des convenances qui sont dues aux malades, et il faut avoir présent à l'esprit que le malade d'aujourd'hui peut être demain parfaitement sain d'esprit, et reprendre sa place dans la société.

Le repos de l'esprit étant une des premières conditions du traitement des troubles mentaux, l'infirmier ou l'infirmière doit éviter de parler trop; il est surtout nécessaire de ne pas s'entretenir devant le malade, soit avec le médecin, soit avec toute autre personne de la nature de la maladie, de sa marche probable. Il faut particulièrement éviter de prononcer le nom d'hystérie dans lequel beaucoup de malades verraient une sanglante injure. Malgré leur inattention apparente, les malades comprennent parfaitement ce qui se dit, peuvent s'en préoccuper, et en faire le point de départ d'idées de suspicion, de vengeance, etc. Les infirmiers et infirmières doivent encore se garder de parler de leurs malades avec les étran-

gers, de révéler leurs noms, les particularités de leur maladie. Il est plus nuisible qu'utile, dit Mills, d'essayer de corriger une infirmière constitutionnellement bavarde ; aussi le mieux est de se passer de son concours.

L'infirmier ou l'infirmière, de même qu'il ne doivent pas se laisser aller à une tenue négligée, ne doivent pas exagérer les soins qu'ils prennent de leurs personnes au point de frapper l'attention et d'irriter leur malade. De même qu'ils doivent éviter de prendre des allures arrogantes, ils ne doivent pas non plus manquer de dignité, ils doivent particulièrement éviter les rapports familiers avec les domestiques dont ils doivent toujours se faire distinguer.

CHAPITRE VI

SURVEILLANCE DE LA SANTÉ GÉNÉRALE DES ALIÉNÉS

La plupart des aliénés sont incapables de rendre compte des troubles somatiques dont ils peuvent être affectés, ou bien ils les interprètent suivant leurs idées délirantes et les défigurent. Dans les habitations privées, en dehors de la direction constante d'un médecin, les gardes-malades doivent donc être en mesure de passer en revue tous les organes accessibles et toutes les fonctions. Ces observations fournissent d'ailleurs des renseignements précieux sur l'état mental.

Je passerai rapidement en revue les principaux faits qui méritent d'être notés. Quelques-uns de ces faits pourront peut-être paraître au-dessus de la compétence ordinaire d'un infirmier; cependant Granger et le sous-comité de l'association médico-psychologique anglaise n'ont pas craint

d'entrer dans ces détails dans leurs manuels pour l'instruction des infirmiers des asiles, qui, il me semble, ont besoin d'être moins bien préparés que ceux qui doivent rester livrés à eux-mêmes.

Il faut tenir compte de l'aspect de la face, qui peut être pâle ou congestionnée d'une manière permanente ou passagère, présenter des extravasations sanguines, tantôt avec traces de violence extérieure, tantôt sous forme de de pointillé sur les paupières, sur les membranes oculaires, ces petites hémorragies doivent faire rechercher s'il n'existe pas d'autres traces d'accès d'épilepsie. On doit remarquer les éruptions cutanées. Enfin l'expression faciale ne doit pas être négligée, elle peut mettre sur la voie des préoccupations du malade.

Il est bon de remarquer si les pupilles sont dilatées ou rétrécies, inégales, très mobiles ou sans mouvement.

La langue peut être chargée d'un enduit blanc ou brunâtre; elle peut être sèche ou fendillée; elle peut présenter un tremblement ou une déviation latérale, se mouvoir difficilement; enfin elle peut porter des traces de morsures. Les gen-

cives peuvent être saignantes et fongueuses. Les dents peuvent s'ébranler, se carier avec une grande rapidité, être enduites de mucosités buccales épaisses, etc. Les lèvres peuvent être congestionnées ou pâles, tremblantes ; la lèvre inférieure pendante peut laisser écouler la salive ; elles peuvent présenter des fissures ou des morsures. Il convient de signaler si la salivation est abondante, si la salive est mélangée de sang. L'haleine peut offrir une odeur désagréable soit spontanément, soit sous l'influence de médicaments comme le bromure de potassium.

La respiration au lieu de se faire dix-huit à vingt fois par minutes peut se ralentir ou s'accélérer, devenir irrégulière, saccadée, pénible, haletante, très profonde ou superficielle. Si le malade tousse, il faut noter les caractères de la toux, si elle est sèche ou humide, si elle est rare ou par quintes, si elle se produit de préférence dans quelque circonstance particulière. Si le malade crache il faut remarquer le caractère des crachats ; s'il y a du sang ou des matières inusitées, il faut les conserver pour les montrer au médecin. A part le nombre des pulsations, le garde-malade n'est pas

en mesure de constater le caractère du pouls; mais lorsqu'il est fréquent, et surtout s'il existe d'autres phénomènes d'excitation, il doit prendre la température.

Les fonctions digestives doivent être surveillées avec le plus grand soin. Il faut observer si l'appétit est bon, mauvais ou inégal; s'il existe du dégoût pour certains aliments; lorsque le malade refuse de manger, savoir s'il s'agit d'une simple indifférence ou d'une idée délirante. Il faut remarquer encore si la digestion se fait facilement, si le malade n'est pas ballonné, rouge, somnolent après ses repas; s'il se produit des gaz; si les selles sont normales, régulières. Le garde-malade doit d'ailleurs veiller à cette régularité en engageant le patient à se présenter à la garde-robe à heures fixes, ou par des laxatifs appropriés. La constipation doit toujours être combattue, elle joue souvent un grand rôle dans la production ou dans l'exagération des troubles mentaux. Si le malade a des vomissements, il faut noter s'ils se produisent après les repas ou à jeun, si ce sont des aliments, digérés ou non, qui sont rejetés ou

si ce sont des matières glaireuses ou bilieuses, si enfin le vomissement existe seul ou s'accompagne d'autres symptômes, de douleurs de tête par exemple, s'il est précédé de nausées, s'il se fait avec effort ou douleur, ou si les matières sont évacuées sans aucun effort comme d'un vase qui se renverse.

Les matières fécales doivent du reste être explorées avec le même soin ; il faut notamment rechercher s'il n'existe pas de vers intestinaux qui peuvent jouer le rôle de cause excitante dans la maladie. Toutes les excrétions qui contiennent du sang ou des matières douteuses doivent être conservées pour l'examen médical.

Chez les femmes, les règles doivent être notées avec le plus grand soin au point de vue de leur durée, de leur abondance, de leur couleur, de leur odeur, des douleurs ou des autres phénomènes qui les accompagnent. Il existe une relation très étroite entre les troubles des fonctions génitales, surtout chez les femmes, et les troubles névropathiques, à tel point qu'on a pu dire qu'il existe un rapport entre l'augmentation de fréquence des

uns et des autres, dans ces dernières années (1).

Les fonctions urinaires doivent être surveillées, au point de vue de la fréquence des émissions d'urine, de leur durée, des efforts qu'elles nécessitent, des douleurs qu'elles peuvent provoquer. L'aspect des urines doit être noté au point de vue de leur abondance, de leur couleur, des dépôts qui s'y forment par le refroidissement, des corps étrangers, ou du sang qu'elles peuvent contenir.

Les gardes-malades doivent profiter de toutes les occasions d'examiner l'état du corps ; rechercher s'il n'existe pas de trace de coups, des éruptions sur la peau ; s'il n'y a ni enflure, ni hydropisie, ni ulcérations des jambes ; s'il n'existe aucune lésion des organes génitaux ; si le malade ne se livre pas à la masturbation.

Le garde-malade doit écouter les plaintes des malades sur leurs douleurs, se rappeler leurs caractères, leur siège, leur cause supposée.

Le sommeil doit être surveillé au point de vue

(1) Madden, *On mental and nervous disorders peculiar to women. (Trans. of the Academy of Med. in Ireland*, 1883, t. I, p. 248.)

de sa durée, de sa continuité, de sa tranquillité; il faut noter si le sommeil se trouble par des mouvements brusques, des cris, des paroles, si le malade se lève sans s'éveiller, etc., s'il a des sueurs nocturnes, s'il souille sa literie.

Les pertes de connaissance, les convulsions doivent être notées avec le plus grand soin, ces dernières surtout. Il faut remarquer si elles sont générales d'emblée ou si elles commencent toujours par le même membre ou par la même partie de la face.

On ne doit pas laisser passer inaperçus les troubles de la parole, hésitation, tremblement, balbutiement, lenteur, etc., oubli des mots, prononciation incorrecte. On doit noter de même les troubles de l'écriture, tremblement, modifications de l'allure générale, des dimensions des caractères, oubli de mots, de syllabes ou répétition, etc.

Les troubles de la marche doivent être signalés, principalement son hésitation, son défaut de solidité dans l'obscurité, les faux pas, les chutes subites, les mouvements incoordonnés des jambes, etc.

CHAPITRE VII

SOINS GÉNÉRAUX

Les aliénés ont non seulement besoin d'une surveillance constante au point de vue de leurs fonctions de nutrition et de leurs fonctions intellectuelles, mais encore de soins spéciaux. Celui qui les veille ne doit pas seulement constater les troubles dont ils sont affectés, mais il doit autant que possible concourir à y porter remède et à éviter les accidents qui peuvent en résulter.

Le moyen le plus efficace d'empêcher les malades de s'absorber dans leurs idées fausses est de tenir le plus possible leur esprit occupé; mais il faut éviter la fatigue. Aussi est-il préférable de les distraire par des travaux manuels et des exercices physiques en général. Mais le mieux est d'employer leur temps à des travaux utiles : les jeux comme le billard et les cartes, si les malades

s'y adonnent à l'exclusion d'occupations sérieuses, peuvent à la longue précipiter la déchéance mentale aussi bien que la paresse. Les travaux monotones qui se renouvellent tous les jours aux mêmes heures sont aussi d'une utilité douteuse (1). Les occupations variées, ou interrompues par quelques divertissements sont plus recommandables. La nature de ces occupations varie nécessairement suivant le sexe, l'âge, la situation antérieure. Même lorsque les malades paraissent prendre goût à leur travail, il ne faut pas les perdre de vue; dans la solitude, ils reviennent facilement à leurs délusions, se laissent aller à de mauvaises habitudes; la possibilité de tromper les invite à tromper. Les malades sont d'ailleurs encouragés par l'exemple; on ne peut mieux faire que de partager leurs occupations.

L'exercice en plein air est le plus recommandable pour les hommes aussi bien que pour les femmes. Les travaux de jardinage leur conviennent particulièrement. La marche à pied, les prome-

(1) W. D. Granger, *How to care for the insane*; New-York, 1886, p. 34.

nades à cheval ou en voiture sont toujours recommandables. Mais il ne faut pas oublier que la fatigue peut être encore plus préjudiciable à un malade que l'inactivité. Toutes les fonctions de l'organisme sont solidaires; que la fatigue arrive par les jambes ou par la tête, le fonctionnement général s'en ressent; la digestion est tout aussi bien troublée par un exercice violent immédiatement après le repas que par un travail intellectuel intempestif.

Parmi les divertissements, la musique instrumentale ou vocale doit tenir une place importante; elle permet en effet de tenir leur esprit occupé sans les fatiguer. Les différents arts manuels sont moins capables d'empêcher les idées délirantes de suivre leur cours.

Pendant leurs différents exercices et en particulier pendant leurs exercices en plein air, on doit surveiller les aliénés au point de vue de leurs vêtements. Il ne faut pas oublier que leur circulation et leur nutrition sont toujours défectueuses, et qu'ils se refroidissent très facilement. Il est nécessaire de s'assurer de temps en temps que la tem-

pérature des parties découvertes n'est pas trop abaissée, que les mains ne sont pas violacées et turgescentes, etc. On doit veiller à ce que les vêtements soient toujours appropriés à la température.

Un grand nombre d'aliénés négligent leur toilette et même les soins de propreté les plus élémentaires. Non seulement il faut leur donner l'exemple d'une tenue correcte, mais il faut les engager à l'imiter et les aider au besoin. Il faut veiller particulièrement aux soins de la bouche, des organes génitaux, etc. Les modifications de la manière de faire des malades relativement à leurs vêtements méritent d'être notées; elles sont souvent, avec le changement des sentiments affectifs, la traduction extérieure d'une modification dans la marche de la maladie.

Le bon fonctionnement de la peau est tout aussi nécessaire que celui du poumon ou du rein, aussi celle-ci doit-elle être entretenue avec les plus grands soins de propreté.

Les soins généraux de propreté ne nécessitent

aucune recommandation spéciale. Il n'en est pas de même des bains de toute nature. Aussi bien dans les maisons privées que dans les asiles on ne doit pas perdre de vue les aliénés au bain.

La température des bains doit être surveillée avec soin, et on ne doit jamais laisser l'eau chaude à la disposition du malade ; souvent des brûlures mortelles ont été la conséquence de l'oubli de cette précaution. Enfin le malade lui-même doit être constamment sous la vue parce qu'il peut se noyer, soit volontairement s'il a des idées de suicide, soit involontairement s'il a une syncope ou une faiblesse. Il peut s'exposer à un refroidissement s'il s'agite hors de l'eau. La durée des bains et leur température doivent d'ailleurs être réglées par le médecin.

L'alimentation doit être l'objet d'une sollicitude toute particulière. Il faut éviter tout ce qui peut troubler le malade pendant son repas. Les uns ne mangent pas si on ne les excite de la parole et de l'exemple, tantôt par indifférence, tantôt

par crainte d'empoisonnement ; d'autres au contraire préfèrent manger seuls et même sans être vus. Il ne faut pas compromettre l'alimentation pour leur imposer une discipline contraire à leurs préférences.

Pour favoriser l'appétit, il est nécessaire que le malade prenne, avant les repas, de l'exercice au grand air. Les fonctions digestives sont aidées par la régularité des heures des repas. Il faut veiller à ce que chaque opération nécessaire à l'assimilation des aliments se fasse d'une façon convenable. Pour que la digestion s'opère bien, les aliments doivent être divisés en parties suffisamment petites pour être facilement attaquées par les sucs digestifs. La mastication est donc une opération de première nécessité ; il faut veiller à ce que les malades mâchent bien leurs aliments et ne les avalent pas tels qu'ils les ont introduits dans la bouche, même lorsqu'il s'agit de substances molles et dont le passage est facile. Le séjour dans la bouche est en effet utile à certains aliments, aux féculents qui subissent un commencement de digestion sous l'influence de la salive.

Lorsque les malades sont dépourvus de dents, il faut leur faire diviser suffisamment leurs aliments avant de les introduire dans la bouche, et donner la préférence aux aliments liquides ou demi-liquides. Les malades gloutons doivent être surveillés avec soin, car non seulement l'introduction de morceaux trop volumineux gêne la mastication, mais elle leur fait courir le risque de s'engouer, de faire pénétrer des substances alimentaires dans leurs voies respiratoires, et de provoquer ainsi la suffocation.

Le froid anesthésie et paralyse les nerfs de l'estomac comme les autres nerfs ; aussi les aliments froids sont-ils souvent difficilement digérés et à plus forte raison chez les aliénés dont les fonctions nerveuses sont en général en déficit. Il est donc nécessaire de veiller avec soin à ce que les aliments leur soient présentés à une température convenable.

Enfin, pour ménager la paresse de leurs organes digestifs tout en leur procurant une alimentation surabondante si nécessaire à leur organisme en faillite, il est bon de recourir à des aliments qui

se présentent sous un petit volume (1), les poudres de viande, etc.

Le sommeil est nécessaire à la réparation des forces de l'homme bien portant, mais il l'est surtout aux malades. Dans les maladies mentales où il est indispensable à la guérison, il est fréquemment troublé. Aussi est-il nécessaire de le favoriser par tous les moyens que fournit l'hygiène : l'exercice au grand air, la régularité des heures du coucher et du lever. Il faut leur assurer la tranquillité et le silence le plus complet, tout en laissant la chambre suffisamment éclairée pour que la surveillance soit possible.

L'ingestion d'une petite quantité d'aliments, d'un liquide légèrement stimulant, avant le coucher, favorise le sommeil. Un certain nombre de malades qui se réveillent après trois ou quatre heures de sommeil peuvent se rendormir si on leur fait prendre quelque aliment, une tasse de bouillon ou de lait; ce moyen simple peut toujours

(1) Semal, *la Médecine nutritive en psychiatrie (Bull. acad. de Médecine de Belgique*, 1819, p. 32).

être tenté sans inconvénient, quelquefois il suffit à calmer les plus agités. Les aliénés qui ont toujours une tendance au refroidissement doivent être plus couverts pendant la nuit que d'autres personnes. Souvent l'insomnie est entretenue par le froid aux pieds; il suffit alors d'une boule d'eau chaude pour ramener le sommeil.

Si on veut bien se rappeler que la condition physiologique du sommeil est l'anémie du cerveau, on comprendra mieux l'utilité de ces moyens simples et d'autres qui s'en rapprochent par leurs effets. Tout ce qui tend à attirer le sang vers une partie éloignée de la tête peut provoquer le sommeil. C'est ainsi qu'agissent le travail de la digestion ou encore les sinapismes au creux de l'estomac (Newington), aux pieds, les bains sinapisés. Les coiffures de nuit trop chaudes peuvent produire l'insomnie qui peut au contraire être calmée par des applications froides sur la tête : les femmes du Kachmir ont la réputation de faire dormir leurs enfants en leur faisant une irrigation avec de l'eau froide sur la tête.

CHAPITRE VIII

SOINS PARTICULIERS A QUELQUES CATÉGORIES D'ALIÉNÉS

Plusieurs catégories d'aliénés méritent des soins spéciaux.

Tels sont les malades violents : il faut se tenir au courant autant que possible de leurs illusions, de leurs hallucinations, de leurs idées délirantes et se renseigner sur les circonstances qui provoquent leurs accès d'exaltation, afin de pouvoir les éviter. Lorsqu'on connaît bien les phénomènes qui précèdent l'accès, il est plus facile d'en atténuer la conséquence, surtout quand on sait aussi dans quelle direction ces violences doivent s'exercer. Ces malades ne doivent jamais rester seuls et il faut éviter de laisser à leur disposition tout objet dont ils pourraient faire une arme.

Il est rare que l'excitation violente dure longtemps et soit constamment dangereuse, soit pour

le malade, soit pour son entourage. D'ailleurs, il faut bien retenir qu'un malade n'est pas dangereux par le seul fait qu'il vocifère, gesticule, saute, court, grimace, etc. Ces malades très bruyants se calment souvent au bout de peu de temps, si on les laisse s'agiter, sans contrôle, à l'air libre. Lorsque le malade est vraiment dangereux pour lui-même ou pour les autres, il faut s'assurer de lui et le contenir pour l'empêcher de frapper, de briser, etc. Il ne faut jamais tenter de lutter avec un aliéné, lorsqu'on n'est pas en force pour le réduire sans violence et sans risque.

Lorsqu'il est nécessaire de s'assurer d'un malade, trois personnes peuvent suffire. M. Granger donne cette manière de faire qui est assez pratique : « Deux personnes saisissent chacune un bras au niveau du poignet et du coude et le tiennent droit en dehors ; la troisième placée derrière passe le bras autour du cou et maintient le menton pour éviter les morsures et les crachats ; le patient peut alors être entraîné en arrière et assis sur une chaise fixée au parquet ». S'il est indispensable de porter le malade, on se rend plus

facilement maître de lui en le mettant la face en bas, pour éviter de tordre les membres, il faut le porter par les épaules et la poitrine en prenant soin de ne pas serrer le col.

Lorsque l'on doit user de force avec un malade violent, il faut toujours le faire avec modération et conserver son sang-froid ; on doit se préoccuper non seulement de ne pas blesser le patient mais aussi de ne pas se laisser blesser.

Lorsque le malade a été mis en lieu sûr, il ne faut plus essayer de l'empêcher de crier ou de s'agiter ; ces essais ne font souvent que l'exciter ; il se calme plutôt de lui-même si on le laisse seul, sans toutefois le perdre de vue.

La manière de faire des gardiens doit être telle que le malade en vienne à la conviction qu'il n'est pas maître de la situation, mais qu'on n'use de la force que pour l'empêcher de se nuire et de nuire aux autres, mais jamais pour le châtier.

Bien que l'emploi des moyens de contrainte ait été considérablement réduit dans ces dernières années, on n'a guère pu y renoncer et le principe

du « non restraint » accepté par la plupart des médecins est entré beaucoup moins facilement dans la pratique que dans la théorie (1). Ceux qui ont le plus combattu l'emploi de la contrainte mécanique ont fréquemment recouru à la chambre capitonnée où le malade est trop souvent livré à lui-même sans surveillance. Dans la chambre capitonnée, le furieux peut déchirer ses vêtements à loisir, se déchirer lui-même, avaler ses boutons et ses excréments, voire même s'étrangler : on en pourrait citer des exemples. Il n'est donc pas bien

(1) W. Lauder Lindsay, *The theory and practice of non restraint in the treatment of the insane (Edinburgh med. journ.*, 1878, april., p. 887, june, p. 1092). — Le dernier mot du « Non restraint » le système des « portes ouvertes » ou « système écossais, » n'est pas si général en Ecosse qu'on pourrait le croire. Il est appliqué actuellement (1888) dans les asiles de Melrose, de Springfield, de Woodilee, de Lochgilphead, de Rosswell, de Stirling, de Haddington, de Banff. Or, il y a en Ecosse 7 asiles royaux, 12 asiles de districts et 6 asiles paroissiaux. Quelques asiles construits en plein champ ou en pleine montagne ont pu se passer de murs, mais ils n'en sont pas plus ouverts pour cela. A Inverness, par exemple, on peut pénétrer jusqu'aux bâtiments de l'asile sans être interrogé, mais on peut constater que la plupart des portes extérieures et intérieures ne s'ouvrent pas autrement qu'avec une clef qui est dans la poche de l'infirmier en charge.

sûr que ce procédé de la contrainte, soi-disant en liberté, soit très supérieur à la classique camisole que l'on a cherché à humaniser en la transformant en un gilet à manches permettant au malade un certain exercice à l'air libre. Les malades qui circulent les bras fixés dans un gilet à manche soit latéralement le long du corps, soit croisés sur la poitrine, doivent être surveillés constamment parce qu'ils sont incapables de se protéger contre les chutes. Ceux qui sont couchés avec la camisole doivent encore moins être perdus de vue parce que dans leur agitation ils peuvent se comprimer la poitrine et même le cou et se trouver suffoqués ou étranglés. On a cité des cas dans lesquels la camisole avait produit des fractures des os du larynx. Qu'ils soient levés ou couchés, les malades ne doivent jamais être maintenus longtemps sans interruption, dans les manches fermées. En général, en effet, ils gardent dans cet appareil des attitudes fixes, souvent les poings sont fermés. Ces attitudes fixes longtemps conservées peuvent entraîner des déformations permanentes ; j'ai vu à

la Salpêtrière plusieurs femmes dont les doigts étaient restés fléchis à angle droit au niveau de l'articulation de la première et de la deuxième phalange, pour être restées longtemps contenues de cette manière (1). Du reste, la contention prolongée presque continue ne doit guère s'appliquer, et encore avec la plus grande réserve, qu'aux malades destructeurs qui déchirent, détruisent, brisent, brûlent sans aucun motif apparent, sans que l'on puisse jamais prévoir, ni prévenir aucune de leurs violences.

Quant aux moyens de contention comme le siège à carcan, les lits couverts, malgré les tentatives de restauration dont ils ont été l'objet (2), il faut les laisser dans le domaine de l'histoire.

Les malades qui ont des idées de persécution avec tendance aux mouvements de défense et de

(1) Dans les trois cas que j'ai observés, la déformation semblait due à des rétractions tendineuses, la peau était parfaitement saine, n'avait jamais été ulcérée.

(2) Lauder Lindsay, *The protection Bed and its use.* *(Edinb. med journ.*, 1878, Febr., p. 715.)

réaction contre les mauvais procédés dont ils se croient l'objet, doivent être surveillés avec le plus grand soin et on doit toujours se tenir en défiance à leur égard : ce sont les malades qui sont le moins susceptibles de profiter du système familial; souvent, en effet, leurs soupçons se portent sur le personnel qui les entoure, sur le médecin, et ils peuvent frapper au moment où on s'y attend le moins. Les moyens de contention ne feraient que les exaspérer ; il faut avec eux user de patience et de sang-froid et faire en sorte de ne pas leur laisser sous la main des objets dont ils pourraient se faire des armes dangereuses.

Cette dernière précaution est aussi indispensable avec les aliénés qui ont des tendances homicides ou suicides, des idées d'automutilation. Avec ces malades il faut avoir soin de toujours compter, avant de les mettre en lieu sûr, tous les objets qui pourraient être utilisés par eux, couteaux, fourchettes, instruments de travail, ne jamais laisser traîner des morceaux de verre, de métal, cordes, etc.

Les aliénés suicides ne doivent jamais être per-

dus de vue un seul instant, ni de jour, ni de nuit; ces malades sont capables de se pendre à une chaise avec un débris de vêtement, de s'enfoncer une épingle dans les vaisseaux, de s'asphyxier au besoin dans une cuvette. Ces malades peuvent trouver dans le feu un moyen de vengeance, une arme homicide ou suicide, il faut donc éviter avec le plus grand soin de laisser aucune substance inflammable à leur portée.

Il faut se rappeler que les mélancoliques en général sont plus déprimés à la fin de la nuit et le matin, et que c'est à cette période de la journée que les idées de suicide se manifestent avec le plus d'intensité. Il faut que la surveillance redouble alors. Il est bon de faire prendre à ces malades dès le réveil un aliment quelconque, une tasse de lait ou de café (1).

Les malades en démence doivent être l'objet d'une surveillance et de soins spéciaux. Ces malades ont en effet des alternatives de tranquillité

(1) *Handbook for the instruction of the attendants on the insane (prepared by a sub-committee of the medico-psychological association)*, 1885, p. 52.

et d'excitation. Dans les accès d'excitation, ils peuvent se livrer à des actes dangereux pour eux-mêmes et pour les autres, commettre des attentats aux mœurs, etc. En outre, ils présentent souvent des troubles somatiques, leur sommeil est mauvais, ils s'agitent sans cesse dans leur lit; leur nutrition étant défectueuse, il en résulte souvent des lésions de la peau au niveau des parties saillantes, particulièrement au sacrum. Quelquefois il se produit des ulcérations, des gangrènes superficielles ou profondes qui ont peu de tendance à la guérison si le malade ne peut pas quitter le lit. Pour prévenir ces ulcérations, il est indispensable de tenir le malade dans la plus grande propreté, de lui faire des lotions astringentes et toniques sur les parties les plus exposées à ces lésions ulcéreuses; les lotions avec le vin aromatique, l'eau blanche, les solutions boriques rendent de grands services. Les organes génitaux, très sujets à être souillés, doivent être l'objet des mêmes soins. La peau doit être tenue sèche autant que possible au moyen de poudres inertes. Mais par-dessus tout, il faut veiller à ce que les déments soient le moins pos-

sible souillés par leurs excréments. La difficulté est souvent grande parce qu'ils ne sont pas capables de retenir leurs matières solides ou liquides. Toutefois avec certaines précautions, on peut dans un bon nombre de cas, éviter les accidents. Il est bon de leur présenter les vases à des heures fixes, et plus ou moins fréquemment, suivant leur résistance. Dans quelques asiles on a l'habitude de donner chaque soir un lavement à la même heure aux malades gâteux pour éviter les accidents nocturnes. Ce moyen préventif réussit quelquefois et mérite d'être tenté. Les urines ne peuvent guère être l'objet d'une mesure analogue : le cathétérisme bien fait avec des sondes molles et soigneusement désinfectées peut être complètement inoffensif, mais il réussit rarement à éviter les évacuations involontaires.

Les malades paralytiques doivent être de temps en temps changés de position pour éviter les compressions prolongées. Chez eux il faut surveiller les excrétions qui sont souvent difficiles et les provoquer par des lavements et le cathétérisme. Il

8.

faut noter avec soin l'état des urines, et dès qu'elles ont des caractères de putréfaction ou contiennent du pus, en avertir le médecin pour que des lavages antiseptiques puissent être faits en temps utile.

Lorsque des escharres se sont formées, il faut les panser avec le plus grand soin ; les laver plusieurs fois par jour avec des solutions antiseptiques ou avec le vin aromatique ou d'autres substances légèrement irritantes, et les panser avec des préparations désinfectantes et toniques, de préférence avec des substances pulvérulentes comme l'iodoforme, la poudre de quinquina qui permettent de maintenir les parties à l'abri de l'humidité ; lorsque la cicatrisation se fait difficilement on peut irriter la surface de l'ulcère par des applications alternatives de froid et de chaud (Brown-Séquard), des applications de substances légèrement caustiques, de liqueur de Labarraque, etc.

Un grand nombre d'aliénés peuvent acidentellement ou d'une manière continue refuser la nourriture : les maniaques, en raison de leur

agitation générale ; les mélancoliques, dans une préoccupation de suicide; les délirants persécutés, les déments, par suite de crainte d'empoisonnement; les hystériques, par suite d'un dégoût pur et simple des aliments, etc. Les hypocondriaques qui ont l'habitude d'explorer minutieusement toutes leurs fonctions, arrivent quelquefois à la conviction qu'ils sont incapables d'avaler quoi que ce soit, parce qu'ils ont remarqué après un certain nombre d'essais qu'ils ne peuvent pas avaler leur salive. Il peut suffire, pour les rassurer, de leur démontrer qu'à l'état normal la déglutition ne peut pas se faire à vide (1). Les négateurs, qui refusent la nourriture parce qu'ils se prétendent indignes de vivre, arrivent quelquefois à s'alimenter suffisamment si on a soin de laisser à leur portée des vivres qu'ils peuvent prendre pour ainsi dire à la dérobée ; les hystériques, les déments peuvent en faire autant; mais cette alimentation irrégulière est en général insuffisante et il faut recourir à l'alimentation forcée. On doit d'autant

(1) Habershon, *On the pathology of the pneumogastric nerve*. 2e éd. 1885, p. 38.

moins reculer devant cette mesure, que l'alimentation surabondante est une des premières indications dans la plupart des maladies mentales.

L'alimentation forcée doit toujours être dirigée par un médecin, mais les infirmiers doivent en connaître assez bien les règles pour lui prêter un concours efficace. Comme à toutes les mesures de contrainte, on ne doit y recourir que lorsqu'on est en force pour réussir : ce n'est que lorsqu'ils se sentent soumis à une loi inéluctable que les aliénés se décident à céder. La manœuvre ne doit commencer que lorsqu'on est sûr qu'elle peut s'exécuter sans violence et avec une sécurité absolue.

Plusieurs procédés sont mis en usage pour l'alimentation forcée. Celui qui consiste à obliger le malade à se laisser introduire des aliments dans la bouche, en lui tenant le nez, est fort infidèle. Il est facile de se rendre compte que la déglutition est fort difficile et désagréable, lorsque les narines sont complètement oblitérées. Le malade soumis à cette introduction forcée résistera nécessairement, et réussira à rejeter la plus grande partie des aliments.

Le procédé d'Anderson Moxey, qui consiste à introduire les aliments liquides par les narines à l'aide d'un petit entonnoir sans l'intermédiaire d'une sonde, présente de nombreux inconvénients; sans compter qu'il est inefficace chez les sujets bien déterminés à rejeter par la bouche les aliments introduits, il risque de produire des lésions directes du nez, de l'arrière-gorge, d'introduire des parcelles alimentaires dans l'arrière-cavité des fosses nasales ou dans les voies aériennes.

On se sert généralement de la sonde œsophagienne que l'on introduit de préférence par les narines soit par l'une, soit par l'autre, suivant qu'elles sont plus ou moins perméables. Lorsqu'il existe un obstacle infranchissable, on est réduit à introduire la sonde par la bouche; il faut alors la protéger en plaçant entre les dents un coin de bois tendre qui empêche le patient de la mordre. Il faut avoir soin que les aliments à introduire soient convenablement délayés, de façon à ne pas oblitérer les orifices de la sonde, et ne soient pas à une température trop élevée; ils peuvent être introduits soit à l'aide d'un entonnoir, soit à l'aide

d'une seringue ou d'une pompe stomacale. Il faut trois gardes au moins pour pouvoir introduire avec sécurité la sonde stomacale; le malade étant assis sur un lit ou sur un fauteuil, un aide maintient la tête dans une position fixe, et les deux autres maintiennent chacun un bras et une jambe.

Parmi les malades qui méritent quelques précautions spéciales, il faut encore citer les paralytiques généraux. Ces malades, en effet, avant d'être déments, présentent souvent des alternatives d'excitation et de dépression, des impulsions sans motif appréciable, s'échappent au moment où on s'y attend le moins; et ils offrent des troubles somatiques tout aussi variés : tantôt alertes, vigoureux, tantôt courbaturés, ne tenant plus sur leurs jambes. Il faut tenir compte de cette variabilité de leur état physique dans les exercices qu'on leur impose. Il faut retenir en outre que ces malades sont sujets à des accidents paroxystiques, attaques épileptiformes ou apoplectiformes, qui sont particulièrement déterminées par certaines excitations, l'exposition à la chaleur excessive du

soleil, par exemple, les chocs de toute nature.

Dans le cas d'attaques de ce genre, il faut coucher le malade, la tête un peu élevée, et provoquer un appel du sang vers les extrémités inférieures, par l'application de sinapismes ; il est bon aussi de vider l'intestin par un lavement purgatif.

Les malades qui sont sujets à des attaques épileptiques doivent être l'objet d'une surveillance particulière. On ne doit pas les laisser séjourner dans des endroits où ils pourraient être exposés à tomber dans le feu ou dans l'eau ; on doit éviter de les laisser circuler dans les endroits élevés d'où les chutes seraient particulièrement dangereuses. Il faut leur interdire certains exercices comme l'équitation, l'escrime. Il faut retenir qu'en général tous les exercices violents, comme toutes les émotions, les excitations immodérées, sont capables de déterminer des attaques ; la fatigue sous toutes ses formes peut amener le même résultat.

Un grand nombre de ces malades sont avertis de leurs attaques par des sensations spéciales ou

même par des troubles appréciables pour les personnes qui les entourent. Tantôt ce sont des secousses musculaires, tantôt ce sont des bâillements, une inquiétude particulière, une agitation inaccoutumée. Il faut alors se tenir en garde et tâcher de faire placer le malade dans une situation telle qu'il ne se blesse pas dans la chute que l'on prévoit. Quelques malades savent parfaitement que leur attaque est suspendue par certaines manœuvres, comme la torsion d'un membre, la constriction avec un lien circulaire, etc., par une excitation de la peau à l'aide de l'eau froide; d'autres arrêtent leur attaque en avalant un verre d'eau, etc. Lorsque l'on connaît ces particularités, il faut à la moindre alerte venir au secours du malade et l'aider à accomplir la manœuvre salutaire quelle qu'elle soit. Quant aux autres procédés de suspension, on ne doit y avoir recours que sur un avis du médecin.

Les mesures à prendre contre l'accès d'épilepsie sont surtout des mesures de préservation, ayant pour but d'éviter les blessures et les suffocations.

Lorsqu'on est prévenu de la chute par la pâleur

du visage ou tout autrement, il faut protéger autant que possible le malade contre le choc, l'étendre horizontalement sur le dos, la tête plutôt renversée en arrière, et le maintenir de telle sorte que les mouvements violents et répétés n'amènent pas de contusions. Il est rare qu'on arrive à temps pour interposer entre les mâchoires un corps résistant et non fragile comme un morceau de bois tendre pour empêcher la morsure de la langue. Les vêtements sont relâchés principalement au col, et on ouvre largement les fenêtres pour suppléer autant que possible par un air plus pur aux difficultés mécaniques de la respiration.

Lorsque les malades ont des accès très fréquents, et sont à chaque accès précipités violemment et inopinément sur la tête, il est bon de leur faire porter une coiffure appropriée, formant bourrelet, qui les préserve contre les chocs.

Certaines précautions particulières doivent être prises pour la nuit. Un bon nombre d'épileptiques peuvent suffoquer pendant les attaques nocturnes, soit qu'ils soient étranglés par leurs vêtements; soit que, s'étant retournés la face contre l'oreiller

ils soient étouffés, soit encore qu'ils se soient enroulés dans leurs couvertures. Il faut donc faire en sorte que les paroxysmes ne passent pas inaperçus, et le garde-malade doit prendre ses précautions pour être sûrement mis en éveil.

On peut prévenir le danger des chutes dans les attaques nocturnes, en couchant les malades dans des lits très bas ou garnis de balustrades latérales. Lorsque ces balustrades sont capitonnées, elles sont très efficaces contre les traumatismes ; mais elles sont un obstacle à la surveillance, et augmentent le danger de suffocation.

On a essayé de prévenir le danger de suffocation en donnant aux épileptiques des oreillers en varech ou en crin qui sont plus perméables à l'air que les oreillers de plume ; mais cette précaution est insuffisante à elle seule, et rien ne saurait remplacer une surveillance étroite, toujours indispensable.

La mort par suffocation peut encore se produire pendant la période d'épuisement qui suit l'accès ; la paralysie des muscles de la langue permettant, lorsque le malade est couché sur le dos, la chute de cet organe vers l'orifice supérieur des voies res-

piratoires, il se produit une gêne toute mécanique de la respiration que l'on peut soulager en faisant incliner la tête de côté : la langue tombe latéralement par son propre poids et la gêne respiratoire diminue instantanément.

On doit respecter le sommeil des épileptiques après leur accès. La suppression de ce sommeil produit souvent sur eux des douleurs de tête persistantes, et prolonge la dépression.

Le traitement des épileptiques mérite une surveillance étroite. Les quelques médicaments qui ont sur eux une heureuse action n'agissent qu'à la longue et à condition d'être administrés d'une façon régulière. Lorsque les accès ont été suspendus pendant un certain temps, il ne faut pas s'abandonner à une sécurité trompeuse et permettre le moindre relâchement. Il arrive souvent que sous l'influence de la suspension du médicament, du bromure de potassium en particulier, le malade présente coup sur coup une série d'accès, qu'il tombe comme on dit en état de mal, et qu'il succombe en liquidant en une journée son arriéré de quelques mois.

Enfin la médication bromurée, qui est en général bien supportée, peut amener à la longue, non seulement des éruptions cutanées, qu'il est important de signaler au médecin, mais des phénomènes de dépression générale qui pourraient se terminer par la mort si l'on n'intervenait à temps, par la suspension du médicament et par des purgatifs énergiques. On peut diminuer les dangers de ce genre d'intoxication en faisant absorber ordinairement une large quantité de liquides en dehors des repas.

En dehors de ces conditions physiques, les épileptiques méritent encore une surveillance spéciale : soit avant, soit après leurs accès convulsifs, soit même dans leurs intervalles, ils peuvent présenter des accès d'excitation, des impulsions violentes, homicides, suicides ; quelquefois ils s'enfuient. Les épileptiques présentent d'ailleurs des irrégularités de caractère dont il faut prendre bonne note. Ils ont besoin d'être tenus avec fermeté et droiture.

Les gardes-malades qui sont commis à la surveillance des hystériques doivent aussi avoir

quelques notions générales sur le caractère de ces malades. Instabilité, exagération, simulation, dissimulation, perversité, obstination, tels sont les principaux traits du caractère des hystériques. Avec ces malades, il faut s'attendre à toutes les supercheries, à toutes les accusations fausses, à la simulation de tous les troubles possibles. Il ne faut cependant pas accueillir avec un scepticisme non raisonné les plaintes des hystériques (1). En matière d'hystérie plus qu'en aucune autre, si l'on ne doit jamais recevoir aucune chose pour vraie sans la connaître évidemment être telle, suivant le principe de Descartes, on ne doit pas non plus la recevoir pour fausse sans avoir acquis la même connaissance évidente.

Les hystériques doivent être menés avec fermeté et modération. Il faut se souvenir que si le femmes hystériques font souvent des fausses tentatives de suicide, elles sont cependant capables d'attenter sérieusement à leur vie. Quant aux hommes, ils ont presque tous un fond mélanco-

(1) Ch. Féré, *les Douleurs hystériques et la simulation* (*Revista de neurolgia et psychiatria;* Lisboa ; 1888, p. 121).

lique plus prononcé et font souvent des tentatives sérieuses de suicide. Ces malades ont souvent des perversions de l'appétit, et à cet égard ils méritent une surveillance spéciale. Il ne faut pas laisser à leur portée les aliments nuisibles qui excitent particulièrement leurs convoitises maladives, ni les boissons spiritueuses qui pourraient les tenter, ni les médicaments dont ils pourraient se servir pour s'empoisonner.

Pour les femmes, en particulier, lorsqu'elles manifestent du dégoût pour les aliments, il faut les surveiller attentivement à leurs repas, elles sont capables de tours de force de prestidigitation pour faire disparaître les aliments qu'elles ne veulent pas prendre. Quelques-unes de ces malades qui ne mangent pas parce qu'elles veulent rester maigres, ont l'habitude de se serrer d'une façon excessive. Quelquefois elles trompent la surveillance en portant un corset relativement lâche; mais elles tiennent sous leur chemise une ceinture ou même des cordes. D'autres poursuivent leur idée d'amaigrissement en faisant des marches excessives; il faut les obliger au repos.

Les hystériques sont sujettes à des attaques syncopales et à des attaques convulsives, tantôt légères et sans perte de connaissance, tantôt graves avec perte plus ou moins complète de la connaissance. Les premières crises ne nécessitent que des soins peu importants, on relâche les vêtements, on place la malade dans le décubitus horizontal, on pratique quelques flagellations avec un linge mouillé, et les chairs rentrent dans l'ordre au bout de peu de temps. Dans les grandes attaques qui caractérisent surtout l'hystéro-épilepsie, il faut prendre à peu près les mêmes mesures de protection que dans l'épilepsie. Pourtant, en général les hystériques ne sont pas surprises aussi brusquement par leurs attaques ; elles ont en général, le temps de choisir leur place pour tomber, ne se mordent pas la langue, n'urinent pas dans leurs vêtements, n'ont pas de stupeur, et ne courent aucun danger de suffocation.

Les sensations qui préviennent les hystériques de leurs attaques sont quelquefois de nature à permettre d'en arrêter l'explosion. Certaines douleurs de tête qui sont soulagées par la compression

manuelle, peuvent être complètement suspendues par une compression contenue soit à l'aide d'une bande enroulée autour de la tête, soit à l'aide d'un bandage approprié, soit avec une calotte compressive capitonnée avec du plomb de chasse (1) Les hystériques, qui ont une sensibilité permanente de l'ovaire ou des testicules, voient quelquefois leurs attaques suspendues ou arrêtées par la compression de ces organes. La compression de l'ovaire peut s'effectuer à l'aide des mains que l'on enfonce à la partie inférieure de l'abdomen en dedans de la saillie de l'os iliaque, jusqu'à ce que l'on sente l'artère iliaque battre en dehors. Sans aucune connaissance anatomique spéciale, on apprend facilement à comprimer telle malade donnée à l'endroit convenable. La compression peut être faite d'une manière permanente à l'aide d'appareils spéciaux (2). Les personnes qui ont la charge d'une hystérique doivent se garder de raconter

(1) Ch. Féré, *Note sur la compression dans le traitement de quelques céphalées hystériques* (*Bul. Soc. Biol.*, 1887., p. 131).

(2) Ch. Féré, *Compression de l'ovaire* (*Progrès médical*, 1881, p. 941).

l'histoire des malades qu'elles ont eu à soigner antérieurement ou tout autre accident pathologique : ces sujets se laissent facilement suggérer des troubles fonctionnels qui s'ajoutent à leur maladie.

Lorsque les malades reviennent à la santé, c'est rarement d'une manière brusque (1), la convalescence ordinairement graduelle, s'établit de façons très différentes ; tantôt l'aliéné se réveille comme d'un rêve, ne conserve qu'un souvenir vague de ce qui s'est passé depuis le commencement de la maladie, tantôt même il n'en a conservé aucun souvenir. Même lorsqu'il semble avoir conservé la mémoire parfaite de tous les événements qui se sont succédés, on peut dire qu'il ne s'agit pas de souvenirs analogues à ceux de l'homme sain, les représentations sont beaucoup moins fidèles et moins sûres. Il faut faciliter l'oubli en évitant de rappeler au malade aucune circonstance de sa maladie. A ce point de vue, le traitement dans les maisons privées présente de grands avan-

(1) Rhys Willams, *Some cases of sudden recovery from mental diseases* (*St-Thomas's hosp. rep.* 1875, T. VI, p. 97).

tages, puisque l'on peut modifier à volonté la disposition de l'ameublement et du personnel qui entoure le malade. Il faut épier les dernières modifications psychiques qui se présentent, la moindre trace d'excitation ou de dépression surtout, si ces troubles psychiques s'accompagnent de troubles somatiques. Il faut tâcher de retenir le malade dans la discipline et ne pas le laisser se livrer à des exercices trop violents ou prolongés, aux fatigues d'esprit, aux émotions; la moindre décharge de ce genre est capable d'amener une rechute, et trop souvent la rechute est le prélude de la chronicité.

Plusieurs asiles et des maisons de santé privées de l'étranger possèdent des annexes, soit à la campagne, soit au bord de la mer, où sont envoyés les convalescents, avant de rentrer dans leur famille. Cette modification de milieu paraît avoir une heureuse action que l'on peut obtenir aussi dans le traitement de famille.

Il ne faut pas se laisser tromper par des apparences de convalescence ou de guérison et ne pas perdre de vue que la convalescence véritable des

maladies psychiques ne s'effectue jamais sans une restauration parallèle des fonctions animales et en particulier sans le retour du sommeil normal. Dans les délires aigus des fièvres, il arrive quelquefois que le malade en pleine agitation maniaque reprend tout à coup sans atténuation de symptômes physiques une lucidité extraordinaire qui n'est que le présage d'une mort prochaine. On voit quelquefois les mêmes retours chez les aliénés chroniques à l'article de la mort. Chez les imbéciles, les idiots ou les déments, l'excitation fébrile d'une maladie aiguë peut aussi provoquer une exaltation passagère de l'intelligence sur laquelle il ne faut pas baser l'espoir d'une guérison.

CHAPITRE IX

SOINS A DONNER AUX ALIÉNÉS DANS QUELQUES CIRCONSTANCES EXCEPTIONNELLES

En dehors des soins généraux convenant à la plupart des aliénés ou à quelques catégories particulières de malades, les personnes chargées de les assister doivent être préparées à les secourir dans quelques circonstances où la présence d'esprit est d'autant plus nécessaire qu'elles sont plus exceptionnelles.

Il est de première nécessité de ne laisser à la portée des malades aucun médicament et en particulier aucun médicament toxique ; et il est indispensable, lorsqu'on leur en administre, de constater s'ils les prennent réellement. Quelques-uns peuvent s'emparer de médicaments ou économiser des doses quotidiennes pour les avaler plus tard en masse, dans un but de suicide.

Malgré ces précautions, il peut arriver qu'un aliéné s'empoisonne, en particulier avec l'opium qui lui est si souvent prescrit, ou avec la morphine.

L'empoisonnement par l'opium et ses dérivés se caractérise principalement par un sommeil profond, comateux, une contraction extrême des pupilles qui sont insensibles à la lumière, une respiration extrêmement lente et pénible. Lorsque l'ingestion est récente, il faut tâcher de faire évacuer une partie du poison par le vomissement, en donnant le sirop d'ipéca ou une grande quantité d'eau tiède, si on n'a pas autre chose sous la main, et en provoquer mécaniquement le rejet en introduisant les doigts dans la gorge. S'il est trop tard pour faire rejeter le médicament, il faut essayer de contrebalancer son action en donnant du café très fort ou du thé.

Les aliénés peuvent d'ailleurs faire des tentatives d'empoisonnement avec toutes les substances qui leur tombent sous la main. Les personnes qui en ont la charge doivent donc savoir que les antidotes des alcalis sont les acides faibles, le vinaigre, le jus de citron ou d'orange, le cidre; pour

les acides, la magnésie, l'eau de savon, l'eau de chaux, les bicarbonates de soude et de potasse, le lait, l'huile, l'eau albumineuse, l'eau gommeuse. Parmi les substances qui ont le plus de chances de tomber entre les mains des malades, il faut citer le sel d'oseille (boissons émollientes, chlorure de calcium), le phosphore (eau albumineuse, eau de chaux, lait, inhalations d'oxygène), la strychnine (vomitifs, café, bromure de potassium, 6 ou 8 gr.), le sublimé (vomitifs, eau albumineuse, eau sulfureuse, stimulants).

Lorsque les aliénés se font des plaies dans un but de suicide ou de mutilation, il faut être en mesure de leur porter un secours immédiat. Si la plaie est superficielle, n'atteint que la peau et ne donne lieu qu'à un écoulement de sang en nappe, on peut se borner, après avoir nettoyé la plaie, à exercer une légère compression avec du linge imbibé d'un liquide antiseptique ou d'eau alcoolisée ; si l'écoulement sanguin est plus abondant, il faut essayer des applications d'eau froide ou de glace ou d'eau aussi chaude que le malade peut la supporter ; si le sang s'écoule en jet, il faut

comprimer au-dessus et au-dessous de la plaie, en tâtonnant, jusqu'à ce qu'on arrive à supprimer l'écoulement; alors on maintient la compression avec le doigt ou avec une clef enveloppée de linge, jusqu'à ce qu'un médecin puisse venir porter secours.

Dans le cas de fracture, de luxation, d'entorse, il faut se contenter de coucher le malade sur un lit, débarrasser la partie malade des vêtements qui la couvrent, en les décousant ou en les coupant, de telle sorte que le membre soit aussi peu déplacé que possible, et on se contente de le mettre sans effort dans une position aussi rapprochée que possible de celle que le même membre du côté opposé occupe spontanément.

L'asphyxie peut se produire chez les aliénés par des procédés très divers. Quelques-uns, en particulier les déments et les paralytiques généraux, mangent souvent avec gloutonnerie, avalent des morceaux démesurés et non mâchés ; il peut en résulter une obstruction de la partie supérieure des voies aériennes. Il faut placer le malade la face en bas, la tête penchée, et introduire le doigt

dans le fond de la gorge, en suivant la paroi latérale de la bouche, de façon à pouvoir accrocher le corps étranger latéralement.

Les malades peuvent faire des tentatives de pendaison ou de strangulation, enfin ils peuvent se noyer. Dans ces différents cas, il peut être nécessaire de faire la respiration artificielle le plus rapidement possible. Pour cela, après avoir débarrassé la bouche de tout ce qui peut obstruer le passage de l'air, on met à nu le cou et la poitrine ; le corps couché à plat sur le dos est revêtu de couvertures légères et chaudes. Pendant qu'un aide tient la bouche ouverte et attire la langue en avant pour que sa base ne tombe pas par son propre poids sur l'orifice des voies aériennes, on se place derrière la tête du sujet, on saisit ses deux bras au niveau des coudes et on les attire fortement en dehors vers soi pour élever les côtes aussi fortement que possible, puis on ramène les bras contre les côtes en les pressant pour provoquer l'expiration. On répète cette manœuvre dix-sept à vingt fois par minute, et tant qu'on a lieu d'espérer la survie, on la prolonge pendant 20 ou 30 minutes.

CHAPITRE X

CONCLUSIONS

Cet exposé succinct et fort incomplet des conditions nécessaires au traitement des aliénés dans les familles, suffira pour faire comprendre que ce traitement ne peut être mis en pratique que dans des conditions exceptionnelles, et généralement à grands frais, sauf dans quelques formes bénignes qui peuvent être traitées dans le propre domicile du malade.

Les avantages économiques du système familial adapté aux aliénés pauvres ne peuvent être maintenus qu'à la condition que ce système ne soit appliqué qu'à des aliénés incurables et inoffensifs pouvant vivre de la vie commune, et n'ayant aucun bénéfice à tirer de soins plus éclairés.

Cette catégorie de malades est assez nombreuse

dans les asiles, pour que l'application du système permette de réaliser des économies sérieuses, non seulement en diminuant les frais d'entretien des malades, mais encore en permettant d'éviter la nécessité de la construction de nouveaux asiles.

L'éloignement de ces malades, qui ne tirent aucun profit de leur séjour dans les asiles, permettrait un emploi plus utile du temps du personnel médical et administratif.

Les conditions du traitement familial semblent pouvoir être améliorées par une éducation appropriée des gardes, qui devraient être munis d'instructions générales sur les soins essentiels réclamés par les aliénés. Dans les colonies indépendantes, la mortalité ne paraît pas plus élevée que dans les asiles (1).

L'exemple de l'Ecosse montre que la principale condition du succès réside dans une inspection efficace.

(1) A Lierneux la mortalité qui était de 12,45 °/₀ en 1888 est tombée à 10,88 en 1880, 10,58 en 1890, 6,77 en 1891. Si l'on veut bien remarquer qu'une des statistiques les plus favorables, celle de la mortalité des malades au-dessus de dix ans, faite pour les asiles d'Ecosse par M. A. Mitchell, donne 8,3 °/₀, on pourra reconnaître que la statistique de Lierneux n'est pas trop décourageante.

APPENDICE

LE PATRONAGE FAMILIAL DES ALIÉNÉS ET LE PATRONAGE DES ALIÉNÉS GUÉRIS.

Depuis que nous avons essayé de mettre en lumière les conditions de l'assistance et du traitement des aliénés dans des familles étrangères, et en particulier du *patronage familial*, tel qu'il existe en Belgique et en Ecosse, où nous l'avons vu fonctionner avec succès, ce mode de secours aux aliénés a été l'objet d'une discussion au Congrès international d'assistance, en 1889, à propos d'un rapport (1) où manquait une des pièces les plus importantes du procès, l'histoire de la colonie belge de Lierneux, créée de toutes pièces en quelques années, et qui a reçu près de 500 malades.

Les conclusions proposées par M. Magnan et adoptées par la section du Congrès ont été les suivantes (2) :

(1) Kéraval, *les Aliénés hors des asiles publics et privés, colonies d'aliénés, système familial*. (*Congrès international d'assistance*, t. II, p. 305, 1889). Dans son rapport sur *les colonies d'aliénés* au *Congrès des médecins aliénistes de France* en 1892, M. Riu fait la même omission.

(2) *Congrès d'assistance* de 1889, t. II, p. 363.

1° L'asile doit être considéré comme un instrument de guérison et de traitement;

2° A côté des asiles, le patronage familial et les colonies agricoles doivent être développés le plus largement possible, pour obvier à l'encombrement des asiles ;

3° Le médecin traitant indiquera les catégories des malades qui seront en état de jouir du patronage familial et surveillera les colonies agricoles.

Ces conclusions, dont la première n'a aucun rapport avec la question en discussion, montrent assez clairement la préoccupation des médecins d'asiles de maintenir l'organisation administrative actuellement en vigueur ; mais elle met aussi en évidence que le principe du patronage familial ne peut plus être repoussé.

Le principe étant admis, la mise en pratique n'est plus qu'une question de temps. Des mesures d'économie s'imposent dans beaucoup de départements, relativement à l'assistance des aliénés, qui devient de plus en plus coûteuse. La construction et l'organisation dispendieuses de certaines prisons ou dépôts de mendicité ont déjà scandalisé un rapporteur du budget : il n'est pas douteux que les Conseils généraux ne soient aussi bientôt frappés

des dépenses excessives nécessitées par la construction d'asiles destinés à des malades qui pourraient être efficacement assistés à moins de frais.

On tend actuellement à admettre le principe de l'obligation de l'assistance, s'étendant non seulement aux malades et aux indigents valides, mais encore aux vicieux. L'obligation de l'assistance, ainsi comprise, a nécessairement pour effet de s'opposer à la sélection naturelle dans l'espèce : elle serait antisociale et inhumaine si elle ne constituait pas pour la société un moyen indirect de défense. C'est pour prévenir la misère, la cause de toutes les plaies sociales, qu'on doit aider les défaillants, instruire les ignorants et amender les vicieux. En pratiquant l'assistance dans la plus large acception du mot, la société travaille pour sa propre sécurité; mais elle ne peut atteindre son but si elle fait, sans condition, à ceux qu'elle secourt, un sort tel qu'ils ne puissent désirer l'améliorer par leur propre industrie. L'assistance publique doit avoir pour devise : « Tout le nécessaire, rien que le nécessaire. »

Le système familial peut donner aux aliénés inoffensifs et incurables « tout le nécessaire », et il leur donne en plus des avantages moraux qu'ils

ne peuvent trouver dans l'asile. Pour s'assurer qu'ils ont tout le nécessaire, on ne rencontrera aucun obstacle spécial : le contrôle du système familial, appliqué aux aliénés, ne présente pas plus de difficultés que lorsqu'il s'applique aux enfants assistés, et souvent il pourrait être exercé à peu de frais par les mêmes personnes. Les heureux effets de l'amélioration du service d'inspection des enfants assistés dans ces dernières années montrent bien ce qu'on peut attendre d'une organisation analogue.

Si le patronage familial s'applique surtout aux aliénés incurables et inoffensifs, ce n'est pas seulement à cette catégorie de malades qu'il convient : dans certaines circonstances, il peut être utilisé comme moyen de traitement, et même se montrer supérieur à l'asile. En outre, il peut encore rendre des services dans l'assistance d'un autre groupe de malheureux tout à fait dignes d'intérêt, et sur lesquels l'attention a été rappelée dans ces derniers temps : ce sont les aliénés qui sortent guéris des asiles (1).

Lorsqu'un aliéné sort d'un asile guéri, ou soi-

(1) Ch. Féré, *Le Patronage familial des aliénés et le patronage des aliénés guéris* (*Rev. scientifique*, 1890, t. XLVI, p. 496.)

disant tel, car on sait avec quelles réserves il faut accueillir le mot de guérison, il se heurte à des difficultés nombreuses. Même lorsqu'il a une famille, et lorsque, ce qui n'a pas toujours lieu, cette famille le reçoit à bras ouverts, la défiance l'entoure de toutes parts, il trouve difficilement un emploi. Or, l'inaction, lorsque ce n'est pas la rechute dans quelque vice ancien ou l'initiation à quelque vice nouveau ou au crime, c'est souvent au moins pour l'indigent la misère et la détresse. Le vice, la misère, les tourments, qui ont joué un rôle si important dans l'apparition des premiers troubles de l'esprit, sont encore plus efficaces à provoquer la rechute. L'aliéné guéri, qui ne trouve pas de travail à sa sortie de l'asile, y rentrera fatalement. Le médecin, instruit par de cruelles expériences, hésite souvent à rendre la liberté à un convalescent dont la vie n'est pas assurée. Ces rechutes dues à l'abandon des malades à la sortie et à la réaction qu'elles provoquent, constituent un des facteurs importants de l'encombrement des asiles.

L'assistance, à leur sortie, des aliénés guéris, s'impose, non pas seulement au point de vue sentimental, mais au point de vue de l'utilité pu-

blique ; c'est une question de sécurité et d'économie sociale, à laquelle chacun doit s'intéresser, car chacun est exposé à rencontrer un aliéné armé par la misère.

L'initiative privée est déjà venue depuis longtemps au secours de cette catégorie d'infortunés ; plusieurs institutions locales ont été fondées en leur faveur. La première en date est due au zèle éclairé et généreux de J.-P. Falret et de l'abbé Christophe, devenu depuis évêque de Soissons (1). Fondée à Paris en 1843, et reconnue d'utilité publique en 1849, elle s'applique exclusivement aux femmes auxquelles elle distribue du travail à domicile, et temporairement dans un asile particulier qui reçoit une quarantaine de personnes, une centaine de personnes y reçoivent des secours chaque année. Des institutions du même genre existent dans d'autres départements.

Morel en avait fondé une à Nancy qui était déjà prospère en 1832 (1). M. Leblond, directeur de l'asile de Bailleul, en a créé une dans le Nord en 1881. M. Baume, directeur de l'asile de Quimper,

(1) J Falret. *Rapport du Comité administratif au Conseil généra de l'Œuvre de patronage et asile pour les aliénés indigents sortis convalescents des asiles publics du département de la Seine*, 1890.
(2) Morel, *Études cliniques*, t. I, 1852, p. 452.

a fait, dans le Finistère, une tentative peu fructueuse du même genre. Richard, directeur de l'asile de Stephansfeld (Bas-Rhin), en avait fondé une en 1842 qui fonctionne encore aujourd'hui sous la domination allemande. L'Angleterre possède « *The after care association for poor and friendless female convalescent on leaving Asylum for the insane*, qui s'étendra bientôt aux deux sexes (1). Des sociétés analogues excitent en Allemagne (Hambourg, Brandebourg), et en Autriche, en Italie (Milan), en Suisse (Appenzel, Bâle, Berne, Grisons, Lucerne, Saint-Gall (2), Thurgovie, Zurich.

Mais, outre que leur caractère d'institutions privées entraîne un certain nombre d'inconvénients, leur nombre est insuffisant (3). Il est nécessaire d'en venir à une organisation générale et régulière. C'est dans ce but que M. Donnet,

(1) Rayner, *After care of male patients discharged from Asylums* (*the journ. of mental sc.*, 1891, p. 535).

(2) *Ann. méd. psych.*, 1874, 5e série, t. XII, p. 446.

(3) L'*After-care association of the insane* a assisté, en 1889, cinquante femmes sorties guéries des asiles anglais (*The journal of mental science*, 18.0, p. 596).

Une somme de 200 francs, prise sur le legs du baron d'André, est mise chaque année à la disposition du directeur de Bicêtre pour être distribuée aux aliénés indigents qui sortent guérise ette distribution est faite en argent. Guislain, l'illustre aliéniste; belge, a légué une rente de 1800 francs qui est répartie parmi

sénateur (1), a proposé la création de commissions départementales, fonctionnant à peu près comme les bureaux de bienfaisance, et éclairées par le concours des médecins spécialistes. La nécessité de cette organisation a été reconnue par la *Société internationale pour l'étude des questions d'assistance*, qui a voté récemment les conclusions suivantes :

1° Les sociétés de patronage doivent s'occuper tout d'abord de procurer du travail aux aliénés sortis guéris des asiles ;

2° Des secours en argent seront accordés par les sociétés de patronage ;

3° Elles restent autant que possible en rapport avec les personnes qu'elles ont placées ;

4° Elles doivent être composées de préférence de patrons ou anciens patrons, manufacturiers, industriels et autant que possible d'un médecin aliéniste ;

les hommes et les femmes qui sortent guéris des asiles de Gand, la répartition en est souvent faite sous forme d'outils ; d'assez fortes sommes sont quelquefois prêtées. A l'hospice Guislain, à Gand, il existe une *Caisse d'épargne* qui assure la sécurité du pécule des malades qui travaillent.

(2) Donnet, *Patronage ou assistance des aliénés indigents sortis, guéris des asiles.* (*Congrès international d assistance*, t. II, p. 289 1889.)

5° Il pourra être créé, dans les asiles d'aliénés, des quartiers de convalescence où séjourneront les malades guéris et mis en liberté pendant le temps limité qui leur sera nécessaire pour se procurer du travail ;

6° Des sorties d'essai et des sorties provisoires seront accordées pour permettre aux malades de pouvoir se procurer du travail (1).

Ces conclusions ne pouvant tenir compte de toutes les observations contenues dans les deux rapports de M. Charpentier qui ont servi de base à la discussion (2) ou qui ont été formulées au cours de la discussion elle-même, quelques-unes cependant méritaient considération.

On peut contester l'utilité des secours en argent qui devraient être définitivement bannis de la pratique de l'assistance. Les sorties plus ou moins réglementées, même lorsque ceux qui en bénéficient sont placés dans des quartiers spéciaux de convalescents, ne sont pas sans inconvénients au point de vue de la discipline de l'asile, et leur innocuité pour des individus dont

(1) *Bulletin de la Société internationale pour l'étude des questions d'assistance*, p. 188 ; 1890.

(2) Charpentier, *sur le Patronage des aliénés sortis guéris des asiles* (*ibid.*, p. 138 et 150).

l'équilibre mental n'est pas bien établi n'est pas certaine. Mais, à part ces objections, le patronage des aliénés sortis guéris des asiles présente une autre difficulté sur laquelle M. Charpentier a insisté avec beaucoup de raison.

Si ces malheureux sont difficilement accueillis dans les ateliers, à leur sortie de l'asile, c'est en raison d'une défiance qui n'est pas sans fondement. Le convalescent d'un accès de folie ne peut pas être considéré comme dans la même situation que le convalescent de toute autre maladie, qui, tout risque de contagion étant écarté, ne peut faire courir aucun danger ; l'aliéné guéri, qui était déjà, en général, un anomal avant son accès, reste souvent particulièrement excitable et sujet à des écarts de conduite ; son excitabilité, en outre du risque de rechute, n'est pas toujours exempte de danger. Ce danger, les institutions de patronage ne peuvent pas le laisser ignorer aux patrons chez lesquels ils placent leurs protégés, de sorte qu'elles rencontreront les mêmes difficultés que ces derniers livrés à eux-mêmes. Plusieurs médecins ont considéré un avertissement de cette nature comme une sorte de délation : je ne puis que répéter à ce propos que, lorsque le médecin

traite d'une question d'intérêt général, son client, ce doit être le public et non ceux qui sont pour la communauté une source de dangers ; d'ailleurs, le convalescent qui acceptera le patronage aura connaissance des conditions dans lesquelles il doit s'exercer et devra s'y soumetre. Le plus de liberté possible, avec le plus de garanties possibles, tel doit être le principe du patronage. Si tels assistés font courir plus de risques, il n'y a pas à se révolter s'ils sont soumis à des mesures de précautions spéciales : on peut citer un légiste qui ne serait pas effrayé de l'application de cette distinction à la répression des actes nuisibles des aliénés (1).

Si la difficulté du placement des aliénés guéris est inévitable, elle peut être atténuée par un mode particulier d'assistance qui constituerait une garantie pour les employeurs : c'est le patronage familial, c'est l'assistance dans les familles. Le séjour dans une famille de nourriciers habitués à ce genre d'assistance constituerait une sorte de stage pendant lequel les convalescents qui n'auraient pu être placés dès leur sortie de

(1) Lord Bramwell. *Insanity and crime* (*the Nineteenth Century*, p. 893, déc. 1885).

l'asile pourraient, en quelque sorte, faire leurs preuves de sociabilité. Les intéressés pourraient trouver chez les nourriciers et dans leur entourage tous les renseignements qui les édifieraient sur l'employé qu'ils vont prendre. Il n'y a que des traités ayant pour bases la justice et la bonne foi qui puissent être à l'abri des récriminations. Dans le cas où des aliénés, sortis d'un asile soi-disant guéris, sont placés dans une maison de convalescence commune à des malades sortis des hôpitaux ordinaires et patronés sans distinction, ces bases me paraissent faire défaut. Le résultat de cette pratique peu franche est facile à prévoir. Lorsqu'un certain nombre de patrons auront reçu, sans être prévenus, d'anciens aliénés qui leur auront fait courir des risques, ils refuseront indistinctement tous les individus qui se présenteront en sortant de la maison de convalescence commune.

FIN

TABLE DES CHAPITRES

PREMIÈRE PARTIE

L'ASSISTANCE DES ALIÉNÉS DANS LES FAMILLES

DEUXIEME PARTIE

SOINS GÉNÉRAUX AUX ALIÉNÉS DANS LES FAMILLES.

TABLE ALPHABÉTIQUE DES MATIÈRES

ET DES AUTEURS CITÉS

Tours, Imp. E. Arrault et Cie

